

Universidade Nova de Lisboa
Faculdade de Ciências Médicas



Dissertação do Mestrado Internacional
em Políticas e Serviços de Saúde Mental, 1ª Edição

Desenvolvimento de um Serviço Local de Saúde Mental em Famalicão

Orientador: Professora Graça Cardoso

José Pedro Novais de Carvalho Dias Teixeira

Setembro 2012

José Pedro Novais de Carvalho Dias Teixeira

Dissertação do Mestrado Internacional
em Políticas e Serviços de Saúde Mental
realizada sob a orientação da Professora Doutora Graça Cardoso

Desenvolvimento de um Serviço Local de Saúde Mental em Famalicão



Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas

2012

À Susana

Aos meus filhos Diogo e Miguel

Agradecimentos

Este trabalho resulta de um esforço e dedicação individual, no entanto, e para que a sua consecução fosse possível, foi necessária a contribuição directa e indirecta de muitas outras pessoas.

Sem a colaboração e cumplicidade dos meus colegas e amigos, a Dra. Isabel Saavedra e o Dr. Tiago Rodrigues, não teria sido possível este trabalho. A eles o meu muito obrigado por terem aceitado este desafio de pensar acerca da organização do serviço, nas muitas reuniões que realizamos em nossas casas e no hospital, e por terem conseguido transformar as dificuldades sentidas em sugestões criativas no sentido de melhorar a eficiência do nosso trabalho em equipa.

O trabalho de investigação realizado acerca do abandono da consulta de psiquiatria contou com a preciosa ajuda das internas de psiquiatria e pedopsiquiatria, a Dra. Maria Miguel Brenha e a Dra. Patrícia Mendes, bem como da Enfermeira Susana Moreira a quem muito devo pelo seu empenho e dedicação.

O meu percurso desde estudante de Medicina, interno de psiquiatria e, actualmente como psiquiatra no Centro Hospitalar do Médio Ave tem sido acompanhado pelo olhar atento e estimulador do Dr. António Leuschner, presidente do Conselho de Administração do Hospital de Magalhães Lemos, onde fiz a minha formação na psiquiatria. Desde o meu primeiro ano de internato que senti que acreditava nas minhas capacidades, pela forma como sempre me lançou desafios que soube aproveitar, tendo como pano de fundo uma máxima do Prof. Doutor Nuno Grande “trabalho com autonomia mas total responsabilização”.

No desenvolvimento desta tese, não posso deixar de realçar a importância determinante do Dr. Joaquim Ramos, director clínico do Hospital Magalhães Lemos, na minha formação pessoal e profissional. Tem sido um mestre que muito admiro, pela forma como acrescenta dúvidas e *nuances* no olhar sobre os cuidados psiquiátricos, que em primeiro lugar me fez reflectir acerca do paradigma do processo de recuperação e quem me lançou o desafio de estudar o motivo do abandono das consultas de psiquiatria.

Desde o meu início de funções no Centro Hospitalar do Médio Ave, que o director do Serviço de Psiquiatria de Santo Tirso, Trofa e Famalicão, o Dr. Manuel Matos, tem mostrado total abertura para as propostas de organização da Unidade de Famalicão. O seu espírito de liderança e capacidade em gerir relações humanas tem sido uma fonte inspiradora no exercício das minhas funções.

O trabalho da Professora Doutora Dra. Graça Cardoso na organização de serviços de saúde mental tem servido de modelo no panorama nacional. Fiquei muito agradecido quando aceitou orientar a minha tese de Mestrado. Estou muito grato pela sua disponibilidade, pela sua orientação e cooperação no supervisionamento deste trabalho e, também, pela amizade e carinho que desde sempre me dedicou.

Resumo

O desenvolvimento de serviços locais adequados deve ser baseado numa avaliação sistemática das necessidades e resultados obtidos nos cuidados a uma população de indivíduos identificados como apresentando uma doença mental na área de referência do serviço. Neste sentido foram utilizados os seguintes métodos: dados epidemiológicos acerca das necessidades locais e taxas de utilização de serviços a nível nacional e local, este último com base no *case-register*.

Os diagnósticos de maior prevalência em ambulatório são as perturbações de humor e as perturbações neuróticas de stress ou somatoformes, com uma preponderância de doenças mentais comuns (depressão e ansiedade) em serviços de psiquiatria.

Constatam-se baixas taxas de abandono da consulta (12%). A idade, a doença e a escolaridade estão correlacionados com o risco de *drop-out*, mas utilizada a regressão logística, a idade e a escolaridade perdem o seu significado estatístico. Encontram-se taxas reduzidas de *drop-out* dos indivíduos com psicose ou perturbações bipolares, em virtude da intervenção activa da equipa.

Os custos de transporte, a distância ao local de consulta e o tempo de espera para a primeira consulta são barreiras no acesso aos cuidados a nível local. Os cuidadores não se sentem apoiados pela rede de suporte social e queixam-se sobretudo da acessibilidade, mas exibem elevadas taxas de satisfação com os serviços prestados.

Decidiu-se apostar numa organização do serviço baseada na comunidade, com intervenções baseadas na evidência, dando prioridade ao doente mental grave e à qualidade dos cuidados.

Palavras-chave

Serviços locais de saúde mental, Organização de serviços saúde mental, Necessidades, Resultados Individuais

Abstract

The development of appropriate local services should be based on a systematic assessment of the needs and outcomes of the population of individuals identified as mentally ill within the service's catchment area. A number of methods may be used as proxies in assessing local needs for services, such as service utilization rates found nationally and locally, by case-register.

The most prevalent diagnoses in ambulatory care are mood disorders and neurotic, stress and somatoform disorders, with a majority of common mental disorders (depression and anxiety) in psychiatric services.

Low dropout rates (12%) are found in ambulatory care. Age, disease and education are correlated with the risk of drop-out, but after using logistic regression, age and education lose their statistical significance. Low drop-out rates are found in individuals with psychosis or bipolar disorders, because the active intervention from the team.

The costs of transportation, distance and the waiting time for the first consultation are barriers in access of care locally. Carers do not feel supported by the network of social support and complain primarily of accessibility, but exhibit high levels of satisfaction with the services provided.

It was decided to invest in a service organization based in the community with evidence-based interventions, giving priority to severe mental illness and quality of care.

Keywords

Local mental health services, Organization of mental health services, Needs, Individual Outcomes

Resumen

El desarrollo de servicios locales adecuados debe basarse en una evaluación sistemática de las necesidades y de los resultados obtenidos en los cuidados a una población de individuos identificados como portadores de patología mental en el área de referencia del servicio. En este sentido se utilizaron los siguientes métodos: datos epidemiológicos sobre las necesidades locales y tasas de utilización de servicios a nivel nacional y local, esta última con base en el *case-register*.

Los diagnósticos de mayor prevalencia en ambulatorio son los trastornos del humor y los trastornos neuróticos de stress o somatoformes, con una preponderancia de enfermedades mentales comunes (depresión y ansiedad) en los servicios de psiquiatría.

Se constatan tasas bajas de abandono de la consulta (12%). La edad, la enfermedad y la escolaridad se correlacionan con el riesgo de *drop-out*, pero al utilizar la regresión logística, la edad y la escolaridad pierden su significado estadístico. Se encontraron tasas reducidas de *drop-out* de los individuos con psicosis o trastornos bipolares, en virtud de la intervención activa del equipo.

Los costes de transporte, la distancia al local y el tiempo de espera para la primera consulta son barreras en el acceso a los cuidados a nivel local. Los cuidadores no se sienten apoyados por la red de ayuda social y se quejan sobre todo de la accesibilidad pero exhiben tasas elevadas de satisfacción con los servicios prestados.

Se decidió apostar en una organización de servicio basada en la comunidad, con intervenciones basadas en la evidencia, dando a prioridad al paciente mental y a la calidad de los cuidados.

Palabras-clave

Servicios locales de salud mental, Organización de servicios de salud mental,
Necesidades, Resultados individuales

Índice sumariado

Agradecimentos	V
Resumo	VII
Palavras-chave	VII
Abstract	IX
Keywords	IX
Resumen	XI
Palabras-clave	XI
Índice	XIII
Introdução	1
Parte I ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1. Crise como oportunidade	4
2. Princípios orientadores na organização de serviços de saúde mental	6
3. <i>Optimal Mix</i> de serviços de saúde mental	7
4. Outros princípios para a organização de serviços de saúde mental	8
5. Organização dos serviços de saúde mental em Portugal	9
6. Serviços locais de saúde mental	14
7. Estrutura do Serviço	15
8. Avaliação das necessidades a nível individual e local	17
I. O impacto da doença mental	17
II. Estudo epidemiológico nacional de saúde mental	18
III. Tempo médio de espera de consulta de psiquiatria	20

IV.	Características do concelho de Famalicão	23
V.	<i>Case-Register</i>	33
	A. Descrição dos pedidos de consulta	33
	B. Caracterização do ambulatório	39
	C. Produção da Consulta Externa por Unidade	46
	D. Caracterização do internamento agudo	49
	E. Prevalência de tratamento	53
Parte II	IAVALIAÇÃO DA QUALIDADE	55
9.	Resultados da organização do serviço: abandono e satisfação	56
	a) Abandono do tratamento psiquiátrico em ambulatório	57
	b) Satisfação dos familiares de doentes com psicose	68
Parte III	EPÍLOGO	75
10.	Nota introdutória	76
11.	Principais conclusões emergentes dos estudos realizados	77
12.	Visão estratégica para a organização do serviço local de saúde mental	79
13.	Futuras investigações	87
	BIBLIOGRAFIA	89
Índice de Ilustrações		
<u>Tabelas</u>		
Tabela 1.	Estrutura do Serviço de Psiquiatria do CHMA	16

Tabela 2. Tipo de tratamento pela gravidade da perturbação em Portugal	19
Tabela 3. Percentagem de doentes atendidos, por região, dentro dos TMRG, em 2010	21
Tabela 4. Distribuição das consultas realizadas por especialidade médica hospitalar em 2010 e por prioridade	21
Tabela 5. Comparação dos tempos médios de resposta em 2010, por região	22
Tabela 6. Desvios médios, em dias, relativamente aos TMRG em 2010	22
Tabela 7. Evolução da taxa de mortalidade padronizada (/100.000 habitantes) por triénio, para todas as idades, por causas de morte específicas, para ambos os sexos	28
Tabela 8. Número total de pedidos e média de pedidos por mês de Abril de 2010 a Março de 2012	36
Tabela 9. Número total e percentagem de pedidos devolvidos por ano e média de pedidos devolvidos por mês de Abril de 2010 a Março de 2012	37
Tabela 10. Análise da base de dados da Consulta Externa de Outubro de 2009 a Junho de 2011	40
Tabela 11. Diagnóstico dos doentes da consulta externa (CID-10)	43
Tabela 12. Diagnósticos (CID-10) mais prevalentes dos doentes da consulta externa	44
Tabela 13. Diagnósticos (CID-10) mais prevalentes dos doentes da consulta externa	44
Tabela 14. Diagnósticos (CID-10) mais prevalentes dos doentes da consulta externa que tiveram alta clínica	45
Tabela 15. Estado de evolução de doentes da consulta externa, de acordo com médico	46
Tabela 16. Produção do ambulatório/consulta externa da UF-CHMA	47
Tabela 17. Produção do ambulatório/sessões de hospital de dia da UF-CHMA	47
Tabela 18. Produção do ambulatório/visitas domiciliárias da UF-CHMA	48
Tabela 19. Diagnósticos (CID-10) dos utentes do internamento	49
Tabela 20. Número total de doentes com um contacto com o serviço de psiquiatria do CHMA no ano especificado	53

Tabela 21. Prevalência anual de tratamento no serviço de psiquiatria do CHMA	54
Tabela 22. Tabela de frequências de grupos de doentes em seguimento e em <i>drop-out</i>	58
Tabela 23. Critérios de referenciação propostos para os CSP	82
<u>Figuras</u>	
Figura 1. <i>Optimal mix</i> de serviços de saúde mental segundo o modelo da OMS versus a estrutura dos serviços de saúde mental em Portugal	7
Figura 2. Estrutura da UF-CHMA	17
Figura 3. Número de habitantes no concelho de Santo Tirso, Trofa e Famalicão	23
Figura 4. Mapa das freguesias do concelho de Vila Nova de Famalicão	24
Figura 5. Mapas de localização do concelho de Vila Nova de Famalicão	25
Figura 6. Taxa de desemprego na Região Norte, em Portugal e na Zona Euro	27
Figura 7. Taxa de desemprego na Região Norte, em Portugal e na Zona Euro	27
Figura 8. Mapa com distribuição de casos de <i>drop-out</i> por freguesia	61
Figura 9. Esquema de referenciação pelos CSP	82
Figura 10. Critérios de referenciação para os CSP de doentes > 65 anos	82
<u>Gráficos</u>	
Gráfico 1. Lacuna no tratamento em Portugal	20
Gráfico 2. Número total de pedidos de consultas oriundos dos cuidados de saúde primários de Abril de 2010 a Março de 2012	34
Gráfico 3. Número de pedidos internos de outras especialidades médicas do CHMA-UF de Abril de 2010 a Março de 2012	35
Gráfico 4. Número de pedidos de primeiras consultas agendadas e número de pedidos devolvidos de Abril de 2010 a Março de 2012	36
Gráfico 5. Género dos doentes da consulta externa	40
Gráfico 6. Escalão etário dos doentes da consulta externa	40
Gráfico 7. Estado civil dos doentes da consulta externa	41
Gráfico 8. Nível de escolaridade dos doentes da consulta externa	41
Gráfico 9. Situação profissional dos doentes da consulta externa	41

Gráfico 10. Percentagem dos doentes da consulta externa com seguimento psiquiátrico prévio	42
Gráfico 11. Percentagem dos doentes da consulta externa com internamento psiquiátrico prévio	43
Gráfico 12. Diagnóstico do número total de doentes da consulta externa (pela CID-10)	44
Gráfico 13. Diagnóstico (CID-10) dos doentes que faltaram a consulta agendada	45
Gráfico 14. Diagnósticos (CID-10) dos utentes do internamento agudo	50
Gráfico 15. Regime de internamento voluntário/compulsivo	51
Gráfico 16. História de internamento prévio dos utentes	51
Gráfico 17. Taxa de reinternamento	52
Gráfico 18. Duração do internamento agudo	52
Gráfico 19. Orientação dos utentes após alta do internamento	53
Gráfico 20. Relação entre prevalência real e tratada na UF-CHMA	54
Gráfico 21. Factores preditivos para <i>drop-out</i>	60
Gráfico 22. Risco cumulativo de <i>drop-out</i> na presença de factores preditivos	60
Gráfico 23. Risco de <i>drop-out</i> utilizando a regressão logística	61
Gráfico 24. Número de consultas efectuadas antes do abandono do tratamento	62
Gráfico 25. Motivo de <i>drop-out</i>	62
Gráfico 26. Género dos cuidadores	69
Gráfico 27. Estado civil dos cuidadores	69
Gráfico 28. Escolaridade dos cuidadores	69
Gráfico 29. Profissão dos cuidadores	70
Gráfico 30. Grau de parentesco dos cuidadores	70
Gráfico 31. Local de residência dos cuidadores	70
Gráfico 32. Agregado familiar do doente	71
Gráfico 33. Situação financeira do doente	71
Gráfico 34. Grau de dependência do doente	72
Gráfico 35. Orçamento mensal do agregado	72

Gráfico 36. Adesão à terapêutica e utilização de antipsicóticos de acção prolongada	72
Gráfico 37. Barreiras no acesso aos cuidados	73
Gráfico 38. Nível de satisfação dos familiares de doentes	73

Introdução

Desde Outubro de 2009 que se iniciou o funcionamento da Unidade de Famalicão do Centro Hospitalar do Médio Ave (UF-CHMA), tendo sido nomeado responsável pela gestão administrativa (triagem dos pedidos de consulta e assiduidade dos técnicos da equipa), bem como o planeamento da organização deste serviço local de saúde mental (SLSM).

O desenvolvimento de uma equipa multidisciplinar, constituída sobretudo por técnicos jovens, com expectativas optimistas e ambição de trabalhar de forma integrada e eficiente, permitiu que se fosse desenhando um projecto para a Unidade.

A informação acumulada ao longo dos três anos da existência deste serviço local de saúde mental (SLSM) permitiu chegar a um ponto em que se reequaciona a dinâmica da mesma, de forma a garantir que seja adaptada à população que serve e não simplesmente aos propósitos de quem a coordena.

A presente tese de mestrado visa a organização de um SLSM e está dividida em quatro partes.

Na PARTE I faz-se o enquadramento teórico acerca dos princípios orientadores na organização de serviços, discutindo-se o *optimal mix* proposto pela Organização Mundial de Saúde. Descreve-se a estrutura e funcionamento do serviço até 2012, bem como elucidando-se acerca das necessidades sentidas a nível local e individual.

Na PARTE II apresentam-se os resultados da investigação levada a cabo na UF-CHMA a fim de avaliar a qualidade da organização do serviço, no que diz respeito ao abandono da consulta e satisfação dos familiares e cuidadores de utentes com perturbações psíquicas.

Na PARTE III apresentam-se as conclusões deste trabalho e a visão estratégica para a organização do serviço.

PARTE I ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Crise como oportunidade

A actual crise financeira e económica tornou-se uma realidade na vida de um número crescente de pessoas. Como impacte social da crise assinala-se a diminuição do poder de compra de grande parte das famílias, o desemprego crescente e suas consequências materiais e psicossociais assim como a menor capacidade de resposta das redes de protecção social.

Neste contexto, Portugal tornou-se um país “intervencionado” através do que se convencionou designar como troika (i.e., Fundo Monetário Internacional, Banco Central Europeu e União Europeia) e como tal, sujeito a um conjunto de medidas que visam restabelecer a confiança dos mercados e criar as condições para que o país possa honrar os seus compromissos internacionais. As referidas medidas caracterizam-se, genericamente pela imposição de um calendário muito apertado de reformas que atingem todos os sectores de actividade e como tal, também a saúde.

O Banco de Portugal, no seu relatório de 2011 refere que “o nosso país enfrenta um dos maiores desafios da sua história recente, sendo que (...) o programa de ajustamento económico e financeiro contempla uma recessão em 2011, de magnitude elevada, que persistirá em 2012.”.

Segundo o Relatório de Primavera de 2011 do Observatório Português dos Sistemas de Saúde, “o sistema de saúde pode ter um papel particularmente importante na evolução da presente crise. Primeiro, porque é socialmente sensível (e mais ainda em tempos de crise social e económica), envolve múltiplos sectores da economia do país e é facilmente associado ao gasto público. Segundo, porque a competência, imaginação, transparência e cultura (ou sua ausência) com que se vierem a abordar os desafios da saúde terá consequências visíveis no bem-estar dos portugueses, mas também será um “indicador” muito revelador sobre a forma como o país, no seu conjunto, responde a esta crise”.

Neste sentido, e segundo um estudo *“Health System Priorities when money is tight”* (OECD, 2010) citado no mesmo relatório: “os grandes desafios no sector da saúde assentam numa resposta de longo prazo. Esta deve assegurar um aumento do “valor

em saúde”, podendo situar-se em dois planos distintos: (i) sobre os padrões de doença e, (ii) sobre os cuidados de saúde, incentivando os indivíduos, prestadores e pagadores à prática de cuidados de saúde eficientes e de qualidade; (...) é importante inovar nas formas de financiamento e organização dos serviços”.

No Relatório da Conferência Ministerial da Presidência Checa da União Europeia sobre sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde europeus (Thomson *et al.*, 2009) coloca-se ênfase no facto de que a questão não deve ser “quanto pode o governo pagar para cuidados de saúde”, mas sim “que nível de desempenho se pode obter nos sistemas de saúde” com aquilo que as pessoas estão dispostas a pagar.

Ainda a referir um trabalho de natureza prospectiva, publicado pela revista *The Economist* intitulado “O futuro dos cuidados de saúde na Europa” (*The Economist*, 2011) que refere “até 2030, a Europa terá que redesenhar os seus sistemas de saúde, de forma a assegurar que cumprem os objectivos para que foram criados (...) os sistemas de saúde são, simultaneamente, muito extensos e fragmentados e os seus participantes defendem intensamente os seus próprios interesses, sempre que possível”.

Termina o Relatório indicando dois cenários possíveis para o futuro: 1) “crise como oportunidade”, que passa por um grande investimento na qualidade da governação; e 2) “pagar cada vez mais por cada vez menos” em que os factores que têm evitado que muitas das medidas que constam do Memorando de Entendimento tenham sido implementadas no passado, persistem e o governo proporá a substituição de algumas das medidas previstas por outras, com similar impacte na poupança, mas que implicarão mais “pagamentos directos” por parte das pessoas, e menor disponibilidade de serviços públicos de saúde.

Na Europa os sistemas de saúde mental são diferentes no que diz respeito à organização, aos recursos humanos, ao financiamento e à prestação de serviços. As responsabilidades dos sectores público e privado divergem, observando-se um papel crescente do último. Muitos dos países mais desenvolvidos tem adoptado serviços de

saúde mental comunitários. Nos países mais pobres, assiste-se a um modelo ainda hospitalo-cêntrico, absorvendo cerca de 90% dos recursos financeiros alocados à saúde mental. Nos últimos 25 anos, não obstante assistir-se a uma redução no número de camas dos hospitais psiquiátricos, tal medida não tem sido acompanhada pelo desenvolvimento de serviços comunitários, excepto nos países mais ricos, como em Itália, Reino Unido e países nórdicos. Numa tentativa de comparar os orçamentos para a saúde mental na Europa, constata-se que o valor médio corresponde a 5,9% do orçamento para a saúde, que varia de 1% nos países mais pobres para cerca de 12% em países como Luxemburgo e Reino Unido. A investigação nos serviços de saúde mental tem sido realizada sobretudo em países como Inglaterra, Itália, Alemanha e países nórdicos, centrando-se na efectividade de modelos locais e políticas de saúde a nível nacional. Existe, portanto, grande incerteza acerca da tradução dos resultados encontrados nestes serviços sofisticados em países de médios a baixos rendimentos.

Chegado a este ponto, urge reflectir sobre a optimização dos cuidados prestados nos serviços de saúde mental.

Princípios orientadores na organização de serviços de saúde mental

Não obstante a presença de princípios orientadores na organização de serviços como a acessibilidade, a abrangência, a coordenação e a continuidade de cuidados, a efectividade, a equidade e o respeito pelos direitos humanos, constata-se que “não existe um modelo único de organização de serviços que satisfaça as necessidades de todos os países” (WHO, 2003). Daí que tem sido dado ênfase ao desenvolvimento de serviços que prestem cuidados de forma integrada e abrangente.

A acessibilidade dos serviços a nível local permite reduzir barreiras no acesso aos cuidados, diminuindo as distâncias que se percorrem para os obter e facilitando a continuidade dos mesmos. A abrangência diz respeito à disponibilização de instalações e programas adequados para dar resposta às necessidades essenciais da população alvo. A coordenação e a continuidade de cuidados realça a necessidade dos diferentes serviços (da área médica, social, psicológica, etc.) trabalharem de forma coordenada,

impedindo a fragmentação dos cuidados. O facto de existir evidência comprovada de intervenções com efectividade no tratamento das doenças mentais deve também servir de princípio orientador no desenvolvimento dos serviços. A equidade diz respeito ao facto da acessibilidade aos serviços ser dependente sobretudo da necessidade dos cuidados. Por fim, no que toca aos direitos humanos das pessoas com doença mental, os serviços devem respeitar a autonomia dos doentes e a sua capacidade em tomar decisões, bem como utilizar os meios de tratamento menos restritivos (WHO, 2003).

***Optimal Mix* de serviços de saúde mental**

Tem vindo a ser proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) um modelo de organização designado como um *optimal mix* de serviços de saúde mental (Figura 1), com base no argumento que “a necessidade absoluta para diferentes serviços varia consideravelmente entre países, mas as necessidades relativas, ou seja, a proporção de diferentes serviços como parte do sistema prestador de cuidados de saúde mental, é sensivelmente a mesma em vários países” (WHO, 2003).

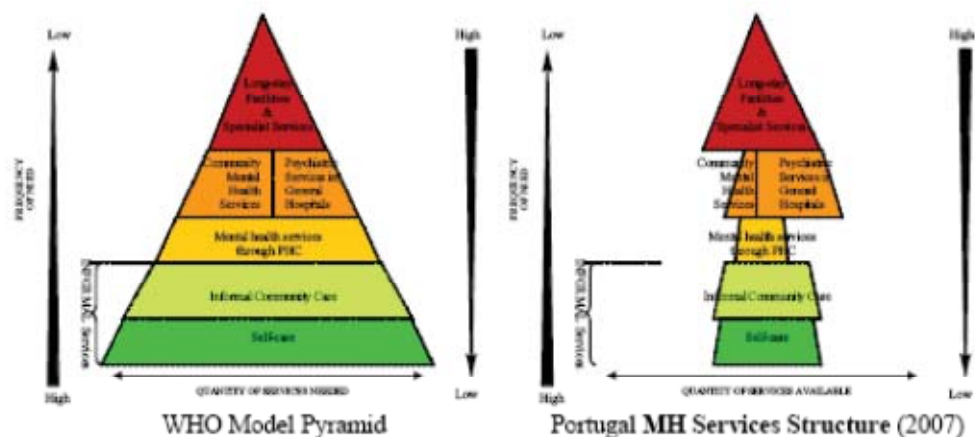


Figura 1. *Optimal mix* de serviços de saúde mental segundo o modelo da OMS versus a estrutura dos serviços de saúde mental em Portugal

Este modelo da OMS destaca a prestação de cuidados em serviços integrados nos hospitais gerais ou através de serviços de saúde mental comunitários, relegando os

hospitais psiquiátricos para o tratamento de uma muito pequena proporção de doentes. Contudo, não obstante a organização sob a forma de SLSM, a maior parte do financiamento para a saúde mental em Portugal é gasto nos cuidados sob a forma de internamento agudo (WHO, 2009). Sabe-se que, em Portugal, apenas 24% dos pacientes são tratados nos hospitais psiquiátricos, sendo que 71% das consultas são efectuadas nos hospitais gerais (Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007/2016).

Outros princípios para a organização de serviços de saúde mental

A prevalência de tratamento pode também ser um atributo desejável na organização dos serviços, dizendo respeito ao número de pessoas com doença mental que recebe cuidados num determinado sistema de saúde mental (WHO, 2009). A taxa de prevalência de tratamento é geralmente inferior a 1%, sendo reduzida quando comparada com as taxas mundiais de doença mental grave (DMG) de 2 a 3% e doença mental ligeira a moderada (10%) (WHO, 2004).

De forma a garantir a eficácia dos serviços de saúde mental, tem vindo a ser adoptado um modelo de prestação de cuidados baseado nas necessidades das pessoas com doenças mentais. Neste sentido, parece fundamental que se avaliem as necessidades locais da população, o grau de acessibilidade local e a adaptação da provisão dos serviços com base na necessidade dos utentes.

As intervenções baseadas na evidência podem ser encaradas como um catalisador na reorganização e reforma da saúde mental. A investigação científica tem vindo a centrar-se na avaliação de intervenções que funcionam em contexto de prática clínica de rotina em oposição a centros de investigação universitários. Tendo em conta a crise no financiamento dos sistemas de saúde, cresce progressivamente a responsabilização na escolha do tratamento adequado. Contudo, a prática clínica diária tipicamente depende da tradição do serviço, da conveniência do mesmo, das preferências dos técnicos, do marketing e da sabedoria clínica, nenhuma das quais está

consistentemente relacionada com a melhoria dos resultados (Evidence-based practices in Mental Health Care, 2003).

Existem intervenções eficazes e com efectividade na saúde mental, referidas como sendo baseadas na evidência. Por exemplo, determinadas intervenções ajudam os indivíduos com DMG e melhoram os resultados em termos de sintomas, funcionamento e qualidade de vida: medicação dentro de determinados parâmetros, treino de competências, tratamento assertivo na comunidade, psicoeducação familiar, emprego apoiado e tratamento integrado de perturbações associadas ao consumo de substâncias. Mas, não obstante a ampla evidência que documenta a efectividade de tais intervenções, a maioria dos serviços não proporciona estes tipos de cuidados a indivíduos com DMG (APA, 1994).

Os serviços de saúde mental que prestam cuidados a DMG devem reflectir os objectivos dos seus utilizadores, visto que assim como com outras doenças crónicas, os indivíduos pretendem ter uma vida normal, funcional e satisfatória, na medida do possível. Daí que os serviços de saúde mental não se devam focar exclusivamente na adesão à terapêutica, na prevenção de recaídas e na taxa de reinternamentos. O novo paradigma diz respeito a ajudar as pessoas a alcançar resultados como a independência, empregabilidade, relacionamentos satisfatórios e uma boa qualidade de vida. Nesta perspectiva, os resultados valorizados pelos indivíduos que recebem cuidados e seus familiares devem influenciar as intervenções que são implementadas (Evidence-based practices in Mental Health Care, 2003).

A organização dos Serviços de Saúde Mental em Portugal

Até ao século XVIII os cuidados de saúde em Portugal eram prestados pelos hospitais de caridade religiosa da Misericórdia. Durante o século XVIII o Estado determinou um número limitado de hospitais de ensino e hospitais públicos para a provisão complementar de cuidados. Os serviços de saúde pública apenas foram criados no início do século XX, datando de 1945 a legislação de saúde pública que estabeleceu a

maternidade pública e os serviços de apoio social para as crianças, bem como os programas nacionais para a tuberculose, lepra e saúde mental.

Até por volta de 1960 o sistema de saúde em Portugal era fragmentado e concentrado nas maiores cidades, situadas no litoral do país. O sistema não apresentava uma adequada coordenação e encontrava-se subfinanciado, em parte explicando a presença de indicadores de saúde desfavoráveis. Após a criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS) em 1979 garantiu-se o acesso universal gratuito e uma melhor coordenação entre as diferentes estruturas, sendo que a entrada na Comunidade Europeia em 1986 permitiu um melhor financiamento do sistema. Tais factos possibilitaram um melhor nível de cobertura e acessibilidade dos cuidados de saúde e uma melhoria substancial dos indicadores de saúde.

No início do século XXI o SNS continua a lidar com problemas como a inadequação dos serviços públicos de ambulatório (com uma consequente utilização aumentada dos serviços de urgência hospitalares), longas listas de espera para procedimentos cirúrgicos, a insatisfação dos utilizadores e profissionais dos serviços públicos, um aumento dos gastos com a saúde e dificuldade de contenção de custos, o aumento da necessidade de cuidados de saúde de grupos vulneráveis e ainda a dificuldade em reduzir a mortalidade associada aos acidentes de trânsito e doenças relacionadas com o estilo de vida (Bentes *et al.*, 2004).

Não obstante o referido anteriormente, é de salientar que o SNS ocupa o 12º lugar no ranking da OMS de 2000 e que Portugal pertence à categoria *high-income group country* segundo os critérios do Banco Mundial de 2004. Em Portugal, a percentagem dos gastos com a saúde era em 1980 de 5,6% do PIB, ao passo que em 2004 era já de 10%. Esta percentagem é superior ao valor médio da EU15 (9%) e da OCDE (8,9%). No período de 1980 a 2004, Portugal duplicou o peso dos gastos públicos com saúde face ao PIB (3,6% em 1980, 7,2% em 2004). Os ritmos de crescimento da despesa em saúde criaram, na passada década, instabilidade nas transferências orçamentais para o SNS (Relatório Final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do SNS, 2007).

O orçamento para a saúde representava 9,2% do PIB em 2009, estimando-se em 3,5% os gastos com a saúde mental (WHO, 2009).

No que toca aos serviços de saúde mental, a primeira lei de saúde mental em Portugal surgiu em 1963, tendo em conta os princípios das áreas de referência, organizando-se os centros de saúde mental em todos os distritos do país (nível local) e os serviços de saúde mental regionais para crianças e jovens. A criação de centros de saúde mental nas áreas metropolitanas iniciou-se em 1985, como parte da reorganização dos serviços de saúde mental nacionais. A presença de serviços descentralizados possibilitou uma melhoria na acessibilidade e qualidade de cuidados, pela proximidade à população que servem e melhoria da articulação com os CSP. Por volta de 1992, o desenvolvimento de serviços de saúde mental comunitários foi interrompido num contexto de reduzida autonomia técnica e financeira, passando os centros de saúde mental a integrarem-se nos hospitais gerais. Em 1998 uma nova lei de saúde mental decretou os princípios que governam os internamentos compulsivos, bem como os direitos das pessoas com doença mental. Foram ainda definidos, em 1999, os princípios da organização dos serviços, assumindo a maior parte dos mesmos como locais e discriminando os serviços regionais especializados. Foi apenas em 2007 que foi traçada uma nova política e plano de saúde mental, com objectivos e estratégias de acção planeadas para 2007-2016 (Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007/2016). Alguns dos seus objectivos principais são: assegurar a equidade no acesso aos cuidados, promover e proteger os direitos humanos de pessoas com doença mental, reduzir o impacto das doenças mentais, promover a descentralização dos serviços de saúde mental disponibilizando os cuidados comunitários e promover a integração dos serviços de saúde mental nos cuidados de saúde primários, nos hospitais gerais e na comunidade.

A maioria dos recursos dos serviços de saúde mental em Portugal está concentrada nas três principais cidades do país. Segundo o Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, os hospitais psiquiátricos continuam a consumir a maioria dos recursos financeiros (83%), apesar da evidência existente favorecer as intervenções na comunidade (próximas das casas das pessoas que

recebem cuidados) dada a demonstrada eficácia e aceitabilidade para utilizadores e seus familiares. Os cinco hospitais psiquiátricos públicos existentes em Portugal (1 no Porto, 3 em Coimbra e 1 em Lisboa) têm visto o seu número de camas reduzir-se de forma progressiva, sendo que a colónia agrícola de Arnês e o Hospital do Lorvão estão em vias de serem encerrados e o Hospital Miguel Bombarda foi encerrado em 2011. Além dos cuidados em ambulatório e internamento agudo, também providenciam cuidados psiquiátricos de longo prazo a doentes mentais crónicos.

Actualmente, os serviços de saúde mental são organizados a nível local e regional, estando estes interligados através da rede de referência hospitalar, que utiliza a área de referência como a ligação com os cuidados de saúde primários (CSP).

A reestruturação na organização de serviços de saúde mental de adultos em Portugal assenta num princípio geral de que a prestação de cuidados seja promovida prioritariamente a nível da comunidade, sendo os SLSM considerados a base do sistema nacional de saúde mental. Tais serviços estão localizados nos hospitais gerais pertencentes ao SNS, que se encontram em articulação com os CSP na mesma área geográfica. Também incorporam funções específicas na prestação de cuidados psiquiátricos a crianças e adolescentes. Em 2005 existiam cerca de 30 SLSM integrados em hospitais gerais, 26 dos quais com internamento agudo. Nessa altura, a maioria dos recursos mantinha-se concentrada no Porto, Coimbra e Lisboa, sendo difícil assegurar a consistência nos recursos humanos em determinadas zonas do país, visto que a maior parte permanece concentrada em hospitais nos grandes centros urbanos. Tais serviços providenciam cuidados sob a forma de internamento agudo, consulta externa e hospital de dia, constatando-se frequentemente a ausência de equipas comunitárias que levem a cabo programas de *case-management*, intervenção em crise e programas direccionados para os familiares dos utentes.

Apesar de não existirem dados disponíveis acerca da prevalência de tratamento nos CSP, os médicos de medicina geral e familiar (MGF) desempenham um papel fundamental no tratamento das perturbações mentais comuns (como a depressão e a

ansiedade). Alguns SLSM desempenham as suas funções de consulta externa nas instalações pertencentes aos CSP.

No que diz respeito às organizações não-governamentais (ONG's), Portugal tem vindo a assistir a um aumento no número de ONG's a trabalhar na área da saúde mental desde 1990, existindo em 2005 cerca de 62 destas organizações que incluem utilizadores (3%), familiares (13%), técnicos de saúde mental (30%) e grupos mistos constituídos pelos descritos anteriormente (54%). As actividades principais visavam o envolvimento na política de saúde mental, a advocacia pelos direitos das pessoas com doença mental, a sensibilização pública e disseminação de informação, bem como a promoção de cooperação, parcerias e o emprego apoiado. Existiam nessa altura cerca de 54 estruturas/programas comunitários geridos pelas ONG's com uma capacidade para 992 utentes. Tais estruturas comunitárias e instalações residenciais pertenciam a diferentes tipologias: unidade de vida apoiada, unidade de vida protegida, unidade de vida autónoma e fóruns sócio-ocupacionais (despacho conjunto dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social nº 407/98).

Foi entretanto desenvolvida legislação (Portaria n.º 149/2011 de 8 de Abril) para definir unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, para pessoas com DMG da qual resulte incapacidade psicossocial e situação de dependência, qualquer que seja a idade. De acordo com o legalmente estipulado, estas unidades entrarão em funcionamento de forma progressiva, através de experiências piloto, em articulação com os SLSM e com a rede nacional de cuidados continuados integrados. O utente suporta a parte dos encargos decorrentes da prestação dos cuidados de apoio social, podendo ser apoiado com uma comparticipação pela Segurança Social, em função dos seus rendimentos. Ainda no âmbito das experiências piloto, os encargos com rendas relativas a instalações onde funcionem unidades residenciais ou sócio-ocupacionais serão comparticipadas em 50 por cento, até um limite máximo de mil euros mensais. Esta comparticipação é suportada em partes iguais pelo Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e pelo Ministério da

Saúde, desde que não tenha sido possível o estabelecimento de parcerias, públicas ou privadas, para a cedência de instalações.

Serviços locais de saúde mental

Designa-se como um SLSM o sistema que presta cuidados psiquiátricos gerais de forma integrada a uma população adulta, geralmente com 50.000 a 250.000 habitantes (Thornicroft & Tansella, 1999).

A sectorização, movimento iniciado na primeira metade do século XX, diz respeito a uma matriz organizacional que facilita o estabelecimento de um serviço local, que serve de suporte ao desenvolvimento de modelos de cuidados prestados na comunidade. Contudo, apesar de ser essencial, não se considera como sendo um pré-requisito suficiente para a implementação de serviços baseados na comunidade.

Os serviços sectorizados têm as seguintes características: princípio da área de referência, em que a organização de cuidados se refere a uma área geográfica específica; princípio da responsabilidade, que implica o encargo na prestação de cuidados a toda a população na área de referência; e o princípio da abrangência, que garante serviços diferenciados em todos os níveis dos serviços de saúde mental para a população que servem (Knudsen & Thornicroft, 2011).

Acerca da organização dos serviços a nível local foram definidas as seguintes vantagens: de planeamento (elevadas taxas de detecção de doentes, facilidade na avaliação clínica e social, desenvolvimento apropriado e planeado dos serviços, apoio ao desenvolvimento de diferentes componentes de um serviço local, aumento do conhecimento e utilização dos recursos comunitários e melhor clareza do respectivo orçamento); de disponibilização de serviços (minimiza a perda de *follow-up* dos doentes, facilita o tratamento domiciliário, proporciona um melhor entendimento acerca da localidade por parte do *staff*, aumenta a clareza das funções das equipas a nível local, e permite melhor investigação e avaliação); e de qualidade dos serviços (menor utilização de estruturas de crise e internamento agudo, melhor educação do doente e intervenção sobre o mesmo, maior apoio para familiares e cuidadores,

responsabilidades definidas para cada doente, melhoria na comunicação entre os membros da equipa, doentes e familiares, bem como melhor comunicação entre serviços) (Strathdee & Thornicroft, 1992).

No entanto, deve ser tido em conta que existem algumas potenciais desvantagens, como por exemplo: a ausência de custo-eficácia no desenvolvimento de cuidados a nível local para perturbações de reduzida prevalência que têm melhor qualidade de cuidados a um nível regional e/ou especializado (como por exemplo, serviços existentes a nível especializado no que toca às perturbações de comportamento alimentar); a variação na qualidade e capacidade na provisão dos cuidados em locais distintos pode criar iniquidade dos mesmos a nível regional; a área de referenciação dos SLSM pode reduzir a liberdade de escolha dos doentes e limitar os recursos a quem os referencia; a complexidade nos limites de intervenção dos SLSM com os restantes serviços que prestam cuidados a doentes mentais (CSP, serviços sociais, etc.) pode reduzir a eficácia da sua organização (Thornicroft, 1999).

Estrutura do Serviço

Ao abrigo do Plano de Reestruturação da Saúde Mental e conforme as orientações da Circular Nº 15678 da ARS-N IP, de 19 de Março de 2009, o CHMA iniciou a sua actividade nesta área na UF-CHMA em Outubro de 2009 (inicialmente apenas com funcionamento da consulta externa) e na Unidade de Santo Tirso (UST) em Abril de 2010, por transferência de toda a actividade, até então assumida pelo Hospital de Magalhães Lemos (consulta externa, hospital de dia e visitas domiciliárias).

Tendo em conta que os serviços de psiquiatria e saúde mental da região norte se encontravam organizados, desde há anos, numa base geo-demográfica, a reconfiguração dos mesmos tornou necessária a afectação de parte da área assistencial do Hospital São Marcos (actualmente designado por Hospital Escala de Braga) ao CHMA. Foi então necessária a criação de um serviço de psiquiatria no CHMA (Tabela 1) que permitisse a assistência aos concelhos de Santo Tirso, Trofa e Vila Nova de

Famalicão (com uma área de influência de 246.037 habitantes). A UF-CHMA integrada no Serviço de Psiquiatria de Santo Tirso, Trofa, Vila Nova de Famalicão do CHMA, iniciou funções como SLSM em Outubro de 2009, oferecendo cuidados a uma área de referência de cerca de 130.000 habitantes, contando para o efeito com uma equipa constituída actualmente por três psiquiatras, uma pedopsiquiatra, dois internos de psiquiatria, uma psicóloga, uma assistente social e uma enfermeira.

Tabela 1. Estrutura do Serviço de Psiquiatria do CHMA

	UNIDADE DE FAMILICÃO	UNIDADE DE SANTO TIRSO
Médicos	Dr. Manuel Matos (Director de Serviço)	
	Dr. Pedro Teixeira	Dr. Alberto Santos
	Dra. Isabel Saavedra	Dra. Mariana Serra Lemos
	Dr. Tiago Rodrigues	Dra. Filipa Pereira
	Dra. Cláudia Fontes (Pedopsiquiatria)	
Enfermeira	Enf. Susana Moreira	Enf. Liliana Araújo
Psicólogos	Dra. Vânia Jorge Catarino	Dra. Alice Ribeiro
Assistente Social	Dra. Isabel Araújo	

A actividade assistencial integra as seguintes áreas funcionais (Figura 2):

1. Consulta Externa e intervenção na comunidade, nomeadamente pelo apoio domiciliário através de uma equipa multiprofissional;
2. Internamento completo de doentes agudos (em serviço físico localizado no Hospital Magalhães Lemos);
3. Internamento parcial localizado na UST-CHMA;
4. Atendimento permanente (24 horas por dia) das situações de urgência psiquiátrica na urgência metropolitana do porto, situada no Centro Hospitalar São João;

5. Prestação de cuidados especializados a doentes internados no CHMA, em ligação com outras especialidades;
6. Possibilidade de referenciação para cuidados terciários, nomeadamente o Hospital Central Psiquiátrico de Magalhães Lemos, Hospital Central Especializado Maria Pia (actualmente integrado no Centro Hospitalar do Porto) e, ainda, referenciação para o Centro Hospitalar de São João.



Figura 2. Estrutura da UF-CHMA

Avaliação das necessidades a nível individual e local

No sentido de avaliar as necessidades da população do concelho a que o serviço presta cuidados de saúde mental, foram utilizados diferentes tipos de informação: dados da prevalência das perturbações mentais (que se podem extrapolar após a análise dos primeiros resultados do estudo epidemiológico nacional de saúde mental em 2010); dados descritivos acerca dos indivíduos que utilizam os serviços de saúde mental (através do *case-register*); e dados que reflectem a prevalência doenças mentais tratadas pela UF-CHMA.

O impacto da doença mental

No que diz respeito ao impacto da doença mental e segundo o European Brain Council Report – Costs of Disorders of the Brain in Europe (2005), a prevalência de doença

mental anual foi estimada em 27,4% da população total adulta (18-65 anos) da União Europeia, enquanto apenas 16,07% da população iria desenvolver uma doença mental em Portugal (Andlin-Sobocki *et al.*, 2005).

Numa recente actualização dos dados do European Brain Council (Wittchen *et al.*, 2011), foi detectada uma prevalência anual de 38,2% em todos os grupos etários (num total de 27 doenças mentais em oposição aos 13 diagnósticos do estudo anterior), não reflectindo portanto alterações significativas na taxa de perturbações psiquiátricas quando os mesmos diagnósticos são comparados (27,4% em 2005 e 27,1% em 2011). As doenças mentais mais frequentes na união europeia foram, por ordem decrescente: perturbações de ansiedade, perturbação depressiva unipolar, insónia, perturbações somatoformes, perturbação de dependência de álcool, opióides e cannabinóides, demências, debilidades intelectuais e perturbações mentais das crianças e adolescentes.

O impacto da doença ainda pode ser medido através da *Disability adjusted life years lost* (DALY), que diz respeito aos anos de vida perdidos por mortalidade prematura e por viver com incapacidade. Na União Europeia as doenças neuropsiquiátricas representam uma grande proporção no impacto das doenças (26,6%), com 1 em 3 (30,1%) de todos os anos de vida perdidos devido a mortalidade prematura no género feminino e 1 em 4 (23,4%) no género masculino. As três contribuições mais significativas para o impacto da doença são, por ordem decrescente: a depressão (7,2% de todo o impacto da doença na Europa), a demência/doença de Alzheimer e as perturbações ligadas ao consumo de álcool.

Estudo epidemiológico nacional de saúde mental

De acordo com os primeiros resultados do estudo epidemiológico nacional de saúde mental em 2010 (divulgados em *press release*), um em cada cinco portugueses sofria de uma doença mental (22,9%) e quase metade (42,7%) já teve uma destas perturbações durante a vida. As perturbações psiquiátricas mais frequentes na população portuguesa eram as perturbações de ansiedade (16,5%) e as perturbações

depressivas (7,9%). O inquérito mostrou também uma prevalência de 6,3% de DMG em Portugal, enquanto no líder mundial, Estados Unidos, o valor é de 7,7%. Nos casos de DMG, cerca de 47% dos doentes são acompanhados por médicos de família e 39% por serviços especializados de saúde mental. Paralelamente verificou-se que cerca de 67% dos DMG nunca tiveram qualquer tratamento. No caso da depressão o tempo que decorria entre as primeiras queixas e o tratamento podia rondar os 5 anos, já no caso das perturbações de pânico o tempo apontado foi de 2 anos.

A gravidade da perturbação está geralmente associada à probabilidade em receber tratamento através dos serviços existentes (Thornicroft, 2011). Em Portugal, os CSP continuam a ser o maior prestador de cuidados de saúde mental (Tabela 2).

Tabela 2. Local de tratamento pela gravidade da perturbação em Portugal

	Perturbações graves	Perturbações moderadas	Perturbações ligeiras	Sem perturbação
Serviço Saúde Mental	38,9%	14,9%	8,3%	3,6%
Cuidados Saúde Primários	47,1%	23,8%	10,2%	5,7%
Outros serviços	66,4%	35,1%	18,2%	9,0%

Em Portugal existe uma lacuna considerável no tratamento (Gráfico 1), dado que a prevalência anual estimada de indivíduos com doença mental (de intensidade ligeira, moderada e grave) era de cerca de 2.418.609 (22,9%) em 2010, quando comparada com o número de pessoas com qualquer tipo de doença mental a receber tratamento em serviço de psiquiatria no SNS de 168.389 (1,6%).

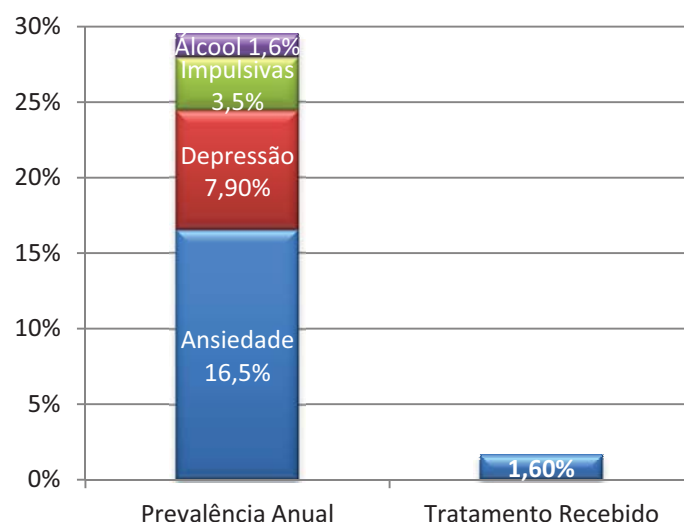


Gráfico 1. Lacuna no tratamento em Portugal

As necessidades podem traduzir um nível inadequado de serviços prestados tendo em conta a gravidade do problema (Lehtinen *et al.*, 1990). Neste sentido, indivíduos com perturbações graves a receber cuidados através dos CSP em vez de por serviços de saúde mental devem ser interpretados como necessidades não satisfeitas (Knudsen, 2011).

Tempo médio de espera de consulta de psiquiatria

No Relatório de Primavera de 2011 do Observatório Português dos Sistemas de Saúde, estudou-se o acesso dos doentes referenciados pelos médicos de família às consultas das especialidades hospitalares. O estudo, com a duração de cinco anos (2009-2013), tinha como objectivo monitorizar, com periodicidade anual, o grau de aplicação da Lei 41/2007, de 24 de Agosto, na parte que respeita ao cumprimento dos tempos máximos de resposta garantida (TMRG) pelos hospitais da rede do SNS, no âmbito das solicitações feitas pelos médicos de MGF. Uma vez que os prazos fixados na Portaria 1529/2008, de 26 de Dezembro, se mantiveram em 2010, recorda-se que, para as consultas consideradas muito prioritárias, o TMRG é de 30 dias, de 60 dias para as prioritárias e 150 dias para as normais.

Relativamente aos doentes que em 31 de Dezembro de 2010 aguardavam consulta hospitalar, o tempo médio de espera segundo a prioridade atribuída variava entre

353,8 dias (Administração Regional de Saúde (ARS) de Lisboa e Vale do Tejo) e 636,4 dias (ARS do Algarve) para os casos muito prioritários, entre 340 dias (ARS do Centro) e 606,2 dias (ARS do Algarve) para os casos prioritários, e entre 279,7 dias (ARS do Centro) e 495,2 dias (ARS do Algarve) para os casos classificados como normais. Num universo de 497.090 doentes em espera, a espera média era de 361,5 dias. Verifica-se, na globalidade das especialidades, que são as consultas classificadas como muito prioritárias que, comparativamente com as consultas classificadas como normais apresentam uma situação mais desfavorável tanto nas consultas realizadas como nas consultas em espera (Tabela 3, 4 e 5).

Tabela 3. Percentagem de doentes atendidos, por região, dentro dos TMRG, em 2010

ARS	Muito Prioritárias	Prioritárias	Normais
Norte	56%	61%	68%
Centro	48%	60%	71%
Lisboa Vale Tejo	50%	63%	77%
Alentejo	43%	70%	81%
Algarve	23%	30%	60%
Total	51%	60%	71%

Tabela 4. Distribuição do número de consultas referenciadas pelos CSP e realizadas por especialidade médica hospitalar em 2010 e por prioridade

Prioridade	Gastroenterologia	Ginecologia	Cardiologia	Psiquiatria	Total
Muito prioritário	906	1.258	369	595	3.128
Prioritário	3.604	8.270	2.319	1.851	16.044
Normal	10.937	32.366	13.664	9.685	66.652
Total	15.447	41.894	16.352	12.131	85.824

Tabela 5. Comparação dos tempos médios de resposta em 2010, em dias, por região

Tempos médios de resposta (dias)						
Especialidade médica	Prioridades	ARS Norte	ARS Centro	ARSLVT	ARS Alentejo	ARS Algarve
Psiquiatria	Muito prioritário	59,1	137,9	95,8	64,1	178,5
	Prioritário	73,1	68,2	74,2	51,5	83,8
	Normal	125,4	100,7	98,4	65,1	170,7

No conjunto das especialidades hospitalares avaliadas (10 especialidades médicas e 6 especialidades cirúrgicas) e das três prioridades de consulta, um dos pontos extremos verificou-se na consulta de psiquiatria, com +51,3 dias na categoria de muito prioritária (Tabela 6).

Tabela 6. Desvios médios, em dias, relativamente aos TMRG em 2010

Especialidade médica	Muito prioritária (≤ 30 dias)		Prioritária (≤ 60 dias)		Normal (≤ 150 dias)	
	TMR (dias)	Δ	TMR (dias)	Δ	TMR (dias)	Δ
Psiquiatria	81,3	+51,3	73,2	+13,2	115,9	-34,1

Assumindo-se que o sistema de informação da Consulta a Tempo e Horas está consolidado e que, por esse facto, os dados disponibilizados no seu Relatório correspondente ao movimento de 2010 reflectem o desempenho dos hospitais do SNS na sua função de resposta às necessidades dos doentes referenciados pelos médicos de MGF, verifica-se que os tempos máximos de resposta definidos pela legislação em vigor para os três níveis de prioridade foram cumpridos em 69% das consultas realizadas; o tempo máximo de resposta garantido tinha sido excedido em 45% dos casos; e, em algumas especialidades, a espera média nas consultas classificadas como “muito prioritário” é superior à registada na categoria “prioritário”, salientando-se aqui a Psiquiatria, bem como a Oftalmologia e a Otorrinolaringologia.

Características do concelho de Famalicão

Em 31 de Outubro de 2010 a população residente em Vila Nova de Famalicão era de 135.959 habitantes (Figura 3) (Anuário Estatístico da Região Norte de 2010 do Instituto Nacional de Estatística), contra os 127.567 em 2001 (Censos 2001) e os 115.374 verificados em 1991 (Censos 1991).

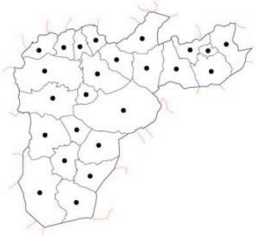


Concelho de Santo Tirso	Concelho da Trofa	Concelho de V. N. de Famalicão
		
24 Freguesias	8 Freguesias	49 Freguesias
68.745 Habitantes	41.333 Habitantes	135.959 Habitantes
(INE, 2010)	(INE, 2010)	(INE, 2010)

Figura 3. Número de habitantes no concelho de Santo Tirso, Trofa e Famalicão

Tendências demográficas (INE, 2010; Plano de desenvolvimento social 2007-2015 – Rede Social de Vila Nova de Famalicão)

135.959 habitantes residentes no concelho;
674,4 habitantes por km²;
Taxa de crescimento da população (entre os dois últimos Censos) de 4,8%;
9‰ de taxa bruta de natalidade;
Índice de dependência dos idosos de 19,1%, 23,4% no Norte e 27,2% em Portugal;
Índice de dependência dos jovens de 26,5%, 25,5% no Norte e 23,6% em Portugal.

Vila Nova de Famalicão faz parte da NUT I (Nomenclatura de Unidade Territorial) – Portugal Continental, NUT II – Região Norte de Portugal, NUT III – Ave e distrito de Braga. Geograficamente insere-se na Região Metropolitana do Porto, com povoamentos dispersos, de alta densidade e forte industrialização. A sua área total é de 201,8Km², repartida por 49 localidades (Figura 4).



Figura 4. Mapa das freguesias do concelho de Vila Nova de Famalicão

Embora a taxa bruta de natalidade tenha vindo a diminuir ao longo dos últimos anos, o índice de dependência de jovens é ligeiramente superior ao da Região Norte e o índice de envelhecimento (84,8%) é inferior ao da Região Norte (106,6%) e de Portugal (120,1%).

Contexto económico (INE, 2010; Plano de desenvolvimento social 2007-2015 – Rede Social de Vila Nova de Famalicão)

73% era o rendimento per capita em 2004 no Índice 100 de Portugal, sendo que o rendimento mensal médio dos trabalhadores por conta de outrem e o poder de compra *per capita* são inferiores aos da Região Norte e do Continente; 63% da indústria transformadora é do sector têxtil, sendo que a nível nacional esta representa 22,4%.

Usufrui de uma óptima localização geográfica (Figura 5), com ligações directas a cidades como Braga, Guimarães, Porto, Póvoa de Varzim e Vila do Conde. Vila Nova de Famalicão consegue abranger um grande mercado populacional num curto espaço de

Educação (INE, 2010; Plano de desenvolvimento social 2007-2015 – Rede Social de Vila Nova de Famalicão)

Taxa bruta de pré-escolarização de 84,8%, a nível básico de 125,6% e a nível secundário de 157% com 85%, 127,1% e 146,2% em Portugal;
Taxa de escolarização no ensino superior de 14,4% e 31,5% em Portugal;
Taxa de retenção no ensino básico de 5,4%, 6,2% no Norte e 7,9% em Portugal;
5,27% foi a taxa de abandono escolar;
6,7% de analfabetismo, 8,3% no Norte e 9% em Portugal.

O nível de escolaridade é muito semelhante ao da Região Norte e a taxa de abandono escolar diminuiu muito, apresentando mesmo valores inferiores aos da Região.

Formação profissional e educação para adultos (INE, 2010; Plano de desenvolvimento social 2007-2015 – Rede Social de Vila Nova de Famalicão)

Em Vila Nova de Famalicão, a população com o nível de qualificação inferior ao 9º ano era de 67%;
O nível do 12º ano registava valores de 12% no concelho, 14,1% em Portugal e de 46,2% na União Europeia (EU25);
O nível do ensino superior registava valores de 5% em Famalicão e 8% em Portugal;
77% dos desempregados do concelho detinham, em 2005, o 6º ou níveis inferiores de escolaridade;
8,5% dos desempregados de longa data sem qualquer nível de escolaridade;
270 pessoas estavam abrangidas por cursos EFA em 2007, num total de 18 cursos.

Mercado de trabalho e desemprego (INE, 2010; Plano de desenvolvimento social 2007-2015 – Rede Social de Vila Nova de Famalicão)

Percentagem de empregados em indústrias transformadoras (52,8%), em comércio, hotelaria e restauração (16,6%), em construção e obras públicas (10,7%), em administração pública, saúde e outros (9,2%), em actividades financeiras, imobiliárias e serviços às empresas (7,3%), em transportes, armazenagem e comunicações (2,0%), em agricultura, silvicultura, caça e pesca (0,7%), em produção e distribuição de electricidade, gás e água (0,6%) e em indústrias extractivas (0,1%).
10.337 desempregados beneficiários do subsídio de desemprego em 2010, com 43,4% do género masculino e 56,6% do género feminino e 23,8% com >55 anos idade;
No último trimestre de 2011 a taxa de desemprego na Região Norte era de 12,6% e em Portugal de 14%; no 1º trimestre de 2012 atingiu um valor histórico de 14,8% (Eurostat).

O concelho apresenta níveis de desemprego mais elevados que o resto do país, pela fragilidade da estrutura produtiva e pela baixa qualificação escolar e profissional da população activa actual. Assiste-se, desde 2001, a um aumento crescente e significativo do desemprego (Figura 6).

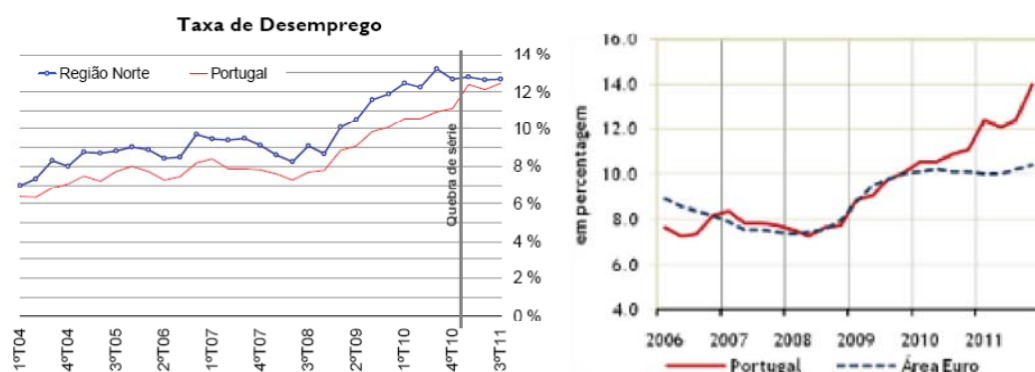


Figura 6. Taxa de desemprego na Região Norte, em Portugal e na Zona Euro

Em Fevereiro de 2012 a taxa de desemprego na Zona Euro (Figura 7) era de 10,8% (EU27), com as taxas mais baixas na Áustria (4,2%), Holanda, Luxemburgo e Alemanha, em oposição com as taxas mais altas na Grécia e na Espanha (23,6%).

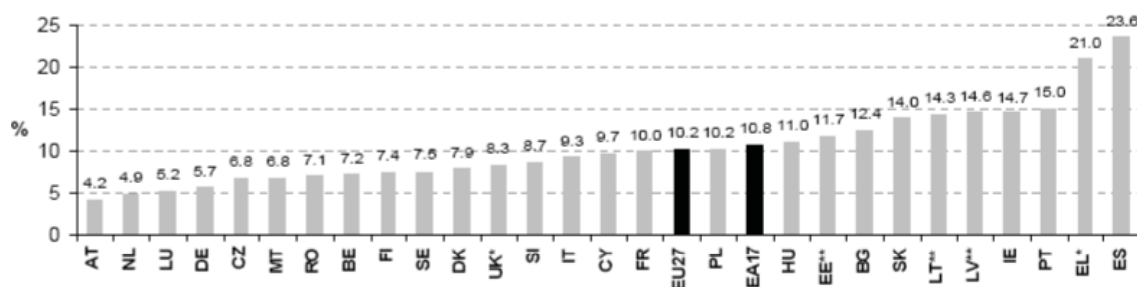


Figura 7. Taxa de desemprego na Zona Euro em Fevereiro de 2012 (Eurostat)

Saúde (Perfil Local de Saúde 2009 – ACES de Famalicão; INE, 2010; Plano de desenvolvimento social 2007-2015 – Rede Social de Vila Nova de Famalicão)

Por cada 100 habitantes existem 0,2 farmácias (abaixo da média nacional de 0,3);
 Por cada 100 habitantes existem 1,7 médicos (a nível nacional o rácio é de 3,9) e 4,1 enfermeiros (a nível nacional o rácio é de 5,9);
 Até ao final de 2005 estavam inscritos no Centro de Saúde 133.836 utentes, dos quais 80.621 (60,24%) eram utilizadores;

A mortalidade bruta situava-se nos 6,1‰, inferior à taxa nacional de 9,7‰ e da União Europeia (EU25) de 8,88‰ (Plano de desenvolvimento social 2007-2015); A mortalidade infantil situa-se nos 5,3‰, sendo a taxa nacional de 5,1‰ e na Europa dos 15 está nos 4,3‰.

O concelho de Famalicão, em termos de serviços de saúde, dispõe de um hospital público (CHMA) e um hospital privado (Riba de Ave - unidade hospitalar da Misericórdia local), bem como um Centro de Saúde que gere treze extensões disseminadas pelas freguesias do concelho. No concelho da Trofa existe uma unidade hospitalar privada.

A esperança de vida à nascença (79,6 anos) é ligeiramente superior à da Região Norte (79,5) e de Portugal (79,2). No total das mortes prematuras (ou seja, as mortes ocorridas antes dos 65 anos de idade) destacam-se, pelo seu maior *peso relativo* e quando comparadas com os valores da Região Norte, os tumores malignos. Para todas as idades, destacam-se as doenças do aparelho circulatório. A taxa de mortalidade padronizada pela idade tem vindo a diminuir entre 2001 e 2005. O Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Famalicão apresenta valores desta taxa muito próximos dos da Região Norte. Na taxa de mortalidade padronizada prematura e por causas específicas, destaca-se, pela negativa, a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), principalmente no sexo masculino (Tabela 7).

Tabela 7. Evolução da taxa de mortalidade padronizada (/100.000 habitantes) por triénio, para todas as idades, por causas de morte específicas, para ambos os sexos

Grandes grupos de causas de morte	Portugal			Região Norte			ACES Famalicão		
	01-03	02-04	03-05	01-03	02-04	03-05	01-03	02-04	03-05
HIV / sida	9,1	8,7	8,2	6,6	6,2	5,9	3,3	2,9	2,0
T. maligno da traqueia, brônquios e pulmão	22,7	23,1	23,2	24,6	24,9	24,7	30,0	28,5	27,0
T. maligno do estômago	17,8	17,2	16,8	23,2	22,4	22,3	27,6	22,9	25,2
T. maligno do cólon	15,4	15,5	15,6	14,2	14,2	14,3	14,8	14,1	13,5
T. malignos do lábio, cavidade oral e faringe	5,0	4,9	4,8	4,2	4,1	4,0	4,8	4,0	3,6
T. maligno do recto				5,5	5,4	5,2	2,9	3,8	4,4
T. malignos do tecido linfático e org. hematop.	12,8	12,8	12,5	11,4	11,4	11,2	11,2	12,9	11,5
Diabetes Mellitus	27,5	28,2	27,8	25,8	26,4	25,6	30,0	33,3	29,6
Doença isquémica do coração	62,1	61,3	57,9	45,6	45,3	41,9	50,2	49,2	50,9
Doenças cerebrovasculares	122,2	113,8	104,9	125,0	117,1	108,4	129,0	119,7	99,7
Pneumonia	23,7	22,5	24,2	24,1	23,0	24,2	13,6	13,3	14,3
Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)	16,7	16,4	16,1	21,2	21,0	20,2	29,2	27,8	28,0
Doença crónica do fígado e cirrose	14,6	13,6	13,0	16,4	15,5	14,5	19,0	15,4	10,8
Acidentes de transporte	18,2	17,6	15,1	14,1	14,2	11,5	13,3	12,5	8,2
Suicídios e lesões autoprovocadas intencionalmente	8,6	9,7	8,7	5,8	6,8	5,3	3,8	5,8	5,4

Em 2007, as causas de internamento hospitalar com valores superiores aos da Região Norte e do Continente foram as doenças do aparelho digestivo e a gravidez, parto e puerpério. Na taxa de internamento padronizada por grandes grupos, destacam-se as doenças do aparelho digestivo e circulatório, enquanto na taxa de internamento padronizada para algumas causas de internamento específico salientam-se o tumor maligno do cólon e a doença isquémica do coração.

As taxas de incidência média anual de sida e tuberculose relativas ao período de 2000 a 2008 são, no ACES de Famalicão, inferiores à Região Norte e Continente.

Na mortalidade infantil observa-se uma acentuada melhoria, principalmente, a partir de 2003.

Nas sociedades modernas cada vez mais a problemática da população idosa se configura como uma necessidade da população a ter em conta na organização dos serviços de saúde. Em Famalicão, a população residente de mais de 65 anos (18.320), representa 13,5%, comparativamente com a taxa de 18,2% em Portugal e 16,5% na União Europeia (EU25). Relativamente ao índice de dependência dos idosos, a taxa nacional de 27,2% supera a do concelho de 19,1%.

Habitação e bairros sociais (Plano de desenvolvimento social 2007-2015 – Rede Social de Vila Nova de Famalicão)

506 agregados familiares a residir em barracas ou similares;
8 zonas/bolsas de pobreza, com 95 fogos existentes nas zonas/bolsas de pobreza;
92 agregados familiares a residir nas zonas/bolsas de pobreza;
25,4% de analfabetismo na população com mais de 10 anos de idade residente nos bairros sociais;
25,7% de desempregados entre os residentes nos bairros sociais.

Nos últimos anos, a resolução das carências habitacionais passou pela colocação no mercado, por parte do Município, de fogos para arrendamento e venda, procurando assim responder às necessidades habitacionais das pessoas e grupos sociais desfavorecidos e de mais baixos rendimentos. Contudo, o actual número de fogos em

construção é insuficiente para suprir as necessidades habitacionais das famílias, representando apenas uma resposta de cerca de 9% de cobertura.

As zonas/bolsas de pobreza situam-se nas localidades de maior densidade populacional.

Existem quatro urbanizações propriedade do Município (vulgarmente designadas como bairros sociais): Edifício das Lameiras, Bairro da Cal, Urbanização Moinhos de Vento e Complexo Habitacional de Lousado. Na generalidade, a população detém baixo capital escolar (25,4% sem qualquer nível de instrução e 34,3% completou 1º ciclo do Ensino Básico). Relativamente à situação na profissão, a taxa média de população activa é de 64,5%. Da população activa, 27,7% trabalha por conta de outrem, 9,2% integra o mercado informal de emprego e 25,7% está desempregada.

Pessoas portadoras de deficiência (Plano de desenvolvimento social 2007-2015 – Rede Social de Vila Nova de Famalicão)

Representam 5,5% da população, um valor inferior à taxa nacional de 6,2% (Censos 2001);
36,5% dos deficientes com 15 ou mais anos apresentam algum tipo de actividade económica, sendo esta taxa superior à nacional (29%);
A deficiência visual (31,5%) é a mais elevada a nível do concelho;
Dos deficientes com grau de incapacidade superior a 80%, 14,4% (236) são deficientes motores, 11,6% (159) têm outra deficiência, 5,1% (112) são deficientes visuais e 37,7% (69) possuem paralisia cerebral.

Crianças e jovens em risco (Plano de desenvolvimento social 2007-2015 – Rede Social de Vila Nova de Famalicão)

314 crianças e jovens foram acompanhadas pela Comissão de Protecção da Criança e Jovem (CPCJ) em 2006;
Foram abertos, no total, 2229 processos na CPCJ entre 2003 e 2005, sendo a faixa etária mais prevalente a dos 3 aos 15 anos de idade e a problemática mais incidente a negligência (em segundo lugar a exposição a comportamentos desviantes).

Por norma, esta problemática surge associada a ambientes com alcoolismo, violência doméstica, comportamentos promíscuos, prostituição e precariedade económica e

habitacional. Um número significativo de menores maltratados não reside com os progenitores, mas em famílias de acolhimento sem laços de parentesco ou com outros familiares (tios, primos e avós).

Vítimas de violência (Plano de desenvolvimento social 2007-2015 – Rede Social de Vila Nova de Famalicão)

157 registos de violência doméstica, pela Polícia Segurança Pública e Guarda Nacional Republicana, até Outubro de 2006 (envolvendo menores, incapazes ou conjugue).

Em Famalicão existem duas casas de acolhimento temporário para mulheres vítimas de violência doméstica: a Associação de Moradores das Lameiras com o apartamento Espaço Viver Melhor; e a Associação Dar as Mãos, com um outro apartamento.

Imigrantes (Plano de desenvolvimento social 2007-2015 – Rede Social de Vila Nova de Famalicão)

28,55% foi o crescimento registado entre 2003/2004 de imigrantes no nosso país, provenientes de países Europeus (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras);
4,39% da população residente no concelho é imigrante e, em Portugal, estes representam 8,39%;
26% dos imigrantes no concelho são provenientes de outros países Europeus (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras).

De um total de 1256 estrangeiros com estatuto legal de residente, as principais nacionalidades são: Brasil (378), Ucrânia (420), Cabo Verde (31), Roménia (29), Angola (17), Guiné-Bissau (4), Reino Unido (7), Moldávia (29), China (73) e São Tomé e Príncipe (1).

Minorias étnicas (Plano de desenvolvimento social 2007-2015 – Rede Social de Vila Nova de Famalicão)

402 indivíduos de etnia cigana são residentes nos bairros sociais do concelho;
11 indivíduos oriundos de países de língua oficial portuguesa são residentes nos bairros sociais do concelho;
23% das crianças em idade escolar encontravam-se em situação de abandono escolar.

Prostituição e vítimas de tráfico de seres humanos (Plano de desenvolvimento social 2007-2015 – Rede Social de Vila Nova de Famalicão)

De acordo com dados do Projecto Auto-Estima, projecto de intervenção distrital que tem à sua disposição uma equipa móvel de atenção à prostituição, foram identificadas 12 mulheres na prática da prostituição nocturna na rua. Maioritariamente, as mulheres residem em casas abandonadas sem o mínimo de condições de habitabilidade. A saúde alimentar é fraca e os cuidados de higiene são praticamente nulos. Grande parte destas mulheres é toxicodependente.

Toxicodependência e Alcoolismo (Plano de desenvolvimento social 2007-2015 – Rede Social de Vila Nova de Famalicão)

O Centro de Saúde de Famalicão acompanhava, através do Projecto Entrada Livre, cerca de 148 indivíduos com alcoolismo.

Os Centros de Resposta Integrada de Guimarães e de Braga registavam, em 2006, um total de 228 indivíduos provenientes do concelho, a maior parte com uma faixa etária entre os 30-39 anos e com uma escolaridade correspondente ao 2º ciclo.

Sem abrigo e arrumadores de carros (Plano de desenvolvimento social 2007-2015 – Rede Social de Vila Nova de Famalicão)

Como noutras áreas territoriais, em várias situações de sem abrigo encontrou-se a problemática da toxicodependência.

Foi criada pela Autarquia, em parceria com a Santa Casa da Misericórdia e as Conferências Vicentinas, um local de acolhimento para homens em situação de sem abrigo (em 2006 acolhiam seis indivíduos). A “Cantina Social” fornecia uma refeição quente a cerca de 15 pessoas por dia, entre toxicodependentes, arrumadores de carros, prostitutas e emigrantes de leste.

Na caracterização conseguida dos arrumadores de carros apurou-se o seguinte: 71,4% são solteiros, 64,2% têm 22 a 33 anos de idade, 64,2% são provenientes do concelho e

82,9% não possuíam mais que o 2º ciclo de escolaridade (com um percurso marcado pelo insucesso); para 21,4%, ao percurso da toxicodependência já têm associado registos criminais, e para 14,2%, a toxicodependência associou-se a situações de emprego instável e informal. Vivem em edifícios abandonados da cidade em 64,2% dos casos ou mantém a residência parental (35,7%). Cerca de 69,2% confirmou encontrar-se num tipo de acompanhamento não especializado e, para 30,7% dos indivíduos, esse acompanhamento é inexistente.

Reclusos e ex-reclusos (Plano de desenvolvimento social 2007-2015 – Rede Social de Vila Nova de Famalicão)

O Instituto de Reinserção Social acompanha reclusos e ex-reclusos provenientes do concelho, constatando como principais problemáticas o alcoolismo e a toxicodependência.

A ausência de recursos económicos e de actividade laboral ou ocupacional são os referidos como sendo os principais obstáculos a processos de desintoxicação.

Case-Register

A colecção de dados sob a forma de um *case-register* cumulativo local permite o armazenamento de informação relacionada com a utilização dos serviços. A UF-CHMA desde o início do seu funcionamento utiliza um registo cumulativo (*case-register*) de todos os utentes desde 2009, que inclui variáveis sociodemográficas e clínicas (não existindo dados disponíveis acerca dos utentes em seguimento pela Pedopsiquiatria).

Descrição dos pedidos de consulta

Verifica-se que a maior parte dos pedidos de consulta têm origem nos CSP, sobretudo dos centros de saúde localizados próximos do CHMA (Gráfico 2). Contudo, constata-se que muitos dos utentes têm residência em freguesias distantes dos mesmos centros de saúde em que estão inscritos, facto este por vezes explicado pela mudança de

residência ou pelo facto de acompanharem o respectivo médico de família quando este muda de local de trabalho.

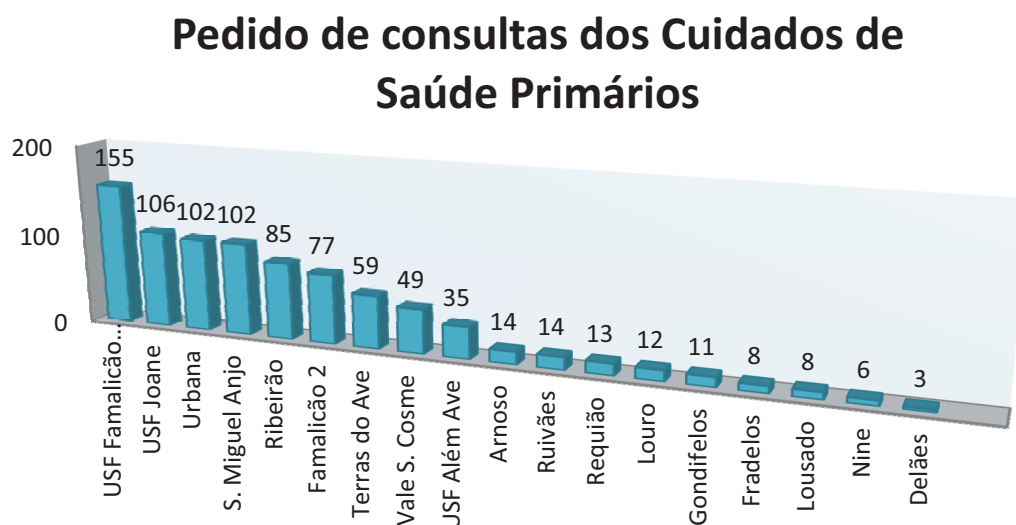


Gráfico 2. Número total de pedidos de consultas oriundos dos cuidados de saúde primários de Abril de 2010 a Março de 2012

O número restante de pedidos é oriundo maioritariamente de outras especialidades médicas e cirúrgicas do CHMA, de outros hospitais (Hospital Central Psiquiátrico de Magalhães Lemos, Hospital Escala de Braga, Centro Hospitalar São João e Serviço de Pedopsiquiatria do Hospital Central Especializado de Crianças – Hospital de Maria Pia) e, esporadicamente, directamente do sistema judicial ou do serviço social. Os pedidos de outros hospitais têm origem no Serviço de Internamento de Agudos (após a alta clínica), do Serviço de Urgência (após o episódio de urgência e, muitas das vezes, solicitando uma consulta de crise), e da consulta externa (por transferência de responsabilidades, pela respectiva área de referência ou pelo limite de idade).

A salientar o número de pedidos internos solicitados pela Medicina e pela Neurologia (Gráfico 3), a primeira das quais talvez porque a psiquiatria faz parte do departamento de Medicina e, como tal, tem tido uma divulgação expedita das suas funções, bem como pela disponibilidade em se deslocar ao serviço de internamento na consultadoria

interna. O número de pedidos da Neurologia tem vindo a aumentar gradualmente, em parte explicado pela prevalência das doenças neuropsiquiátricas.

Pedidos de consulta internos

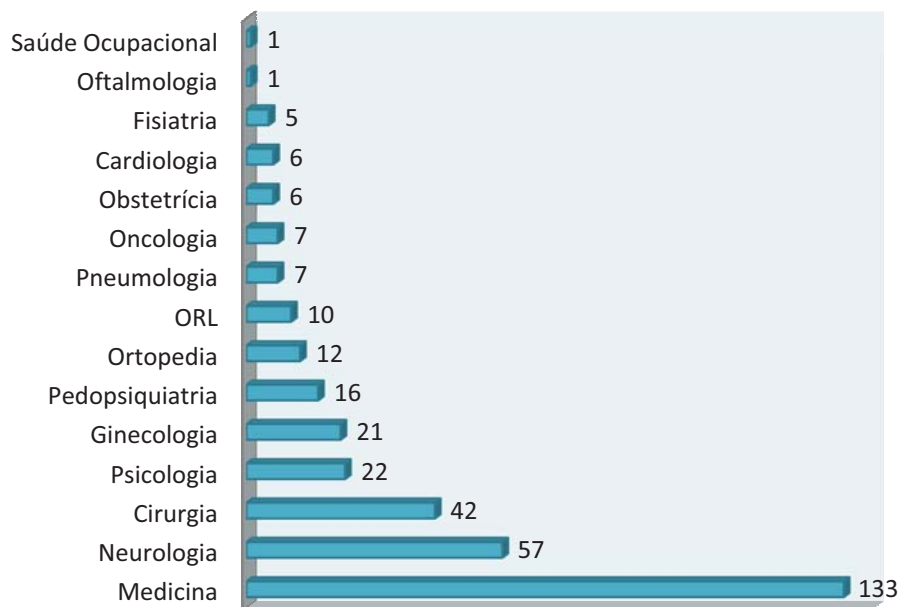


Gráfico 3. Número de pedidos internos de outras especialidades médicas do CHMA-UF de Abril de 2010 a Março de 2012

No que diz respeito à distribuição do número total de pedidos de consultas de Abril de 2010 a Março de 2012 (Gráfico 4) verifica-se um aumento no número de pedidos de consultas nos meses que se seguem aos períodos de férias e uma redução nos períodos correspondentes a períodos de férias.

O valor máximo de número de consultas pedidas (93) ocorreu em Setembro de 2011 e o valor mínimo (47) em Janeiro do mesmo ano.

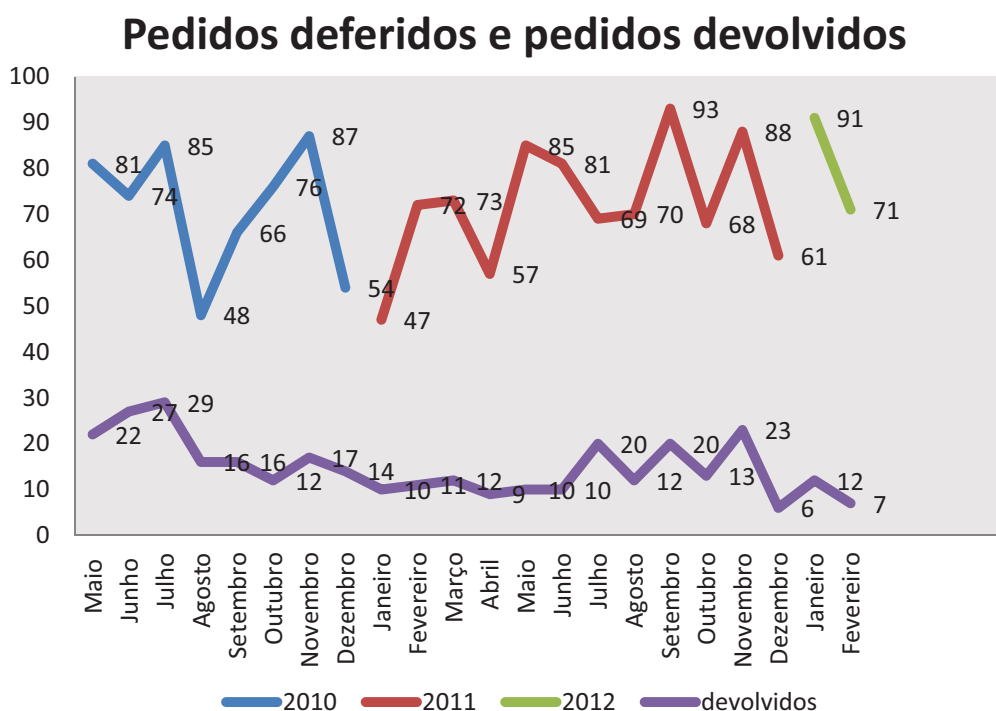


Gráfico 4. Número de pedidos de primeiras consultas agendadas e número de pedidos devolvidos de Abril de 2010 a Março de 2012

Tendo em conta que, neste momento, a UF-CHMA disponibiliza 72 primeiras consultas por mês, verifica-se que, desde 2012, a capacidade de resposta é inferior à procura, traduzindo-se no aumento de tempo de espera para a marcação de primeira consulta de psiquiatria (Tabela 8). O tempo de espera até o atendimento, em Abril de 2012, para a UF-CHMA é de 11 semanas e de 7,4 semanas para a UST-CHMA.

Tabela 8. Número total de pedidos e média de pedidos por mês de Abril de 2010 a Março de 2012

Ano	2010	2011	2012	Total
Número de pedidos	598	864	162	1624
Média de pedidos/mês	66,4	72	81	70,6

Um ponto sensível na articulação com os CSP tem sido o número de pedidos de consulta de psiquiatria que são devolvidos (em média, cerca de 10 pedidos por mês em 2012 a 18 pedidos em 2010). Na grande generalidade dos pedidos devolvidos, eles são

oriundos dos CSP através da referenciação pelo ALERT P1. Os motivos mais comuns para a devolução são, por ordem decrescente: a informação insuficiente (a grande maioria sem informação acerca dos tratamentos específicos efectuados bem como o respectivo tempo e dose da intervenção), presença de uma área distinta de referenciação (por exemplo, utentes do concelho de Famalicão já em seguimento psiquiátrico no Hospital Escala de Braga ou utentes do concelho de Santo Tirso e Trofa) e a ausência de critérios de referenciação (os utentes com dependência alcoólica e/ou de drogas são encaminhados para o Instituto de Drogas e Toxicodependências (IDT)).

Convém esclarecer o seguinte no que diz respeito à referenciação:

1. A referenciação para o Hospital Escala de Braga é secundária apenas para os novos casos, sendo primária para os utentes já em seguimento pelo Departamento de Saúde Mental dessa zona;
2. A referenciação de utentes com problemas ligados ao álcool é feita para os Centros de Respostas Integradas (CRI) da Trofa, Guimarães ou Braga /ou Unidade de Alcoologia do Norte excepto em caso de utentes com psicopatologia grave em contexto de diagnóstico duplo ou comorbilidade com doença psiquiátrica grave (nomeadamente com psicoses, doença afectiva bipolar, perturbação obsessivo-compulsiva ou perturbações cognitivas graves com marcado compromisso na autonomia funcional e autodeterminação).

De realçar a redução gradual do número de pedidos de consulta devolvidos (Tabela 9), o que levanta algumas hipóteses.

Tabela 9. Número total e percentagem de pedidos devolvidos por ano e média de pedidos devolvidos por mês de Abril de 2010 a Março de 2012

Pedidos Devolvidos	2010	2011	2012
Número (%)	163 (27,3%)	156 (18,1%)	20 (12,3%)
Média	18,1	13	10

Esta redução dos pedidos devolvidos poder-se-ia explicar, em primeiro lugar, por uma referenciação mais criteriosa dos casos por parte dos colegas de MGF. De facto, realizaram-se duas sessões de sensibilização que ocorreram em 13 de Outubro de 2010 (na sede do ACES de Famalicão em Delães) e a 25 de Novembro de 2010 (na Unidade de Saúde Familiar (USF) de Famalicão 1). Mas, após análise do *case-register*, verifica-se que a grande parte dos indivíduos em seguimento apresentam perturbações mentais comuns. Parece provável que o vínculo subjacente à articulação institucional entre a psiquiatria e os CSP ainda esteja a amadurecer e a necessitar de uma partilha e constância relacional ao longo do tempo. Em segundo lugar, a devolução considerável de pedidos de consultas, mesmo que na maior parte por informação insuficiente, pode criar uma tensão acrescida na articulação dos CSP com a psiquiatria, levando a que os colegas de MGF passem a reduzir o número de pedidos de consultas, inclusive de casos que seriam considerados como prioritários. Pela análise do número de pedidos constata-se um aumento desde 2009 a 2012, podendo tal significar que existem colegas de MGF que mantêm o estilo de referenciação (não obstante a intervenção realizada na sensibilização aos critérios para a mesma), enquanto outros colegas podem flexibilizar a sua prática clínica de forma a manter em seguimento as perturbações mentais comuns. Em terceiro lugar, o médico triador pode simplesmente reduzir a devolução dos pedidos. Tendo em conta que a triagem dos pedidos é realizada pelo mesmo médico desde que UF-CHMA iniciou funções, a experiência acumulada no que diz respeito ao processo da referenciação levanta duas questões: a da qualidade da referenciação, isto porque a aferição da informação do pedido de referenciação e respectivo nível de prioridade não corresponde (de forma frequente) com o nível de prioridade atribuído após a avaliação psiquiátrica no contacto inicial; e a do processo de referenciação, visto que os médicos de MGF podem referenciar os seus doentes para uma consulta de psiquiatria e só tomar nota da devolução do pedido no próximo contacto com o mesmo, não entender o motivo da devolução do mesmo (se as razões não forem explicitamente discriminadas) ou nem sequer perceber que foi devolvido porque observou o doente pontualmente numa consulta de recurso.

Caracterização do ambulatório

As primeiras consultas são agendadas de acordo com o grau de prioridade atribuído após a respectiva triagem dos pedidos internos ou externos. De salientar que, para as primeiras consultas após a alta do internamento agudo, o tempo de espera protocolado com a UF-CHMA é de 15 dias, atribuindo-se prioridade aos mesmos. Tal facto tem levado a um grau acrescido de *burnout* entre os médicos, que por vezes têm de conciliar uma agenda já de si preenchida com a observação extra de indivíduos nestas condições.

Sempre que reunidas as condições para um seguimento adequado nos CSP opta-se pela alta clínica, dado que a maior parte das doenças mentais em seguimento na UF-CHMA são perturbações mentais comuns (ansiedade e depressão). Existe a possibilidade de regresso à consulta, com remarcação da mesma se tal for solicitado num período inferior a um ano da data de alta ou passando novamente pelo filtro dos CSP se o período referido ultrapassar um ano. Optou-se por não padronizar a informação devolvida aos respectivos médicos de MGF utilizando uma carta de reenvio, pelo facto do sistema informático de apoio à consulta no CHMA (sistema ALERT) apresentar um item que pode ser preenchido no que diz respeito à devolução de informação a outros colegas.

Um aspecto curioso encontrado na análise do *case-register* é uma taxa reduzida de faltas ou de abandono da consulta (Tabela 10). Poder-se-ia especular que, eventualmente, muitas destas consultas não efectivadas irão ser remarcadas a pedido do utente (não constituindo verdadeiramente um abandono ou interrupção unilateral), ou acerca do significado de tal acontecimento (melhoria ou pioria da situação clínica que deu origem à referência inicial), ou ainda acerca das variáveis (sociodemográficas ou clínicas) bem como motivos para as faltas às mesmas. Considerando que a análise das taxas de abandono pode fornecer algum esclarecimento respeitante à qualidade de cuidados prestados na UF-CHMA, realizou-se um estudo retrospectivo a desenvolver na PARTE II.

Tabela 10. Análise da base de dados da Consulta Externa de Outubro de 2009 a Junho de 2011

Nº total de doentes	1116
Taxa de altas	222 (20%)
Taxa de faltas a consultas	134 (12%)

Na população de utilizadores do serviço ambulatorio destacam-se os seguintes aspectos das variáveis sociodemográficas (Gráficos 5-9): a maioria é do género feminino, sobretudo na faixa etária dos 31 aos 60 anos de idade, casados ou em união de facto, com reduzida escolaridade (maioria apenas com 1º e 2º ciclo de escolaridade) e com situação profissional activa ou então desempregados ou reformados.

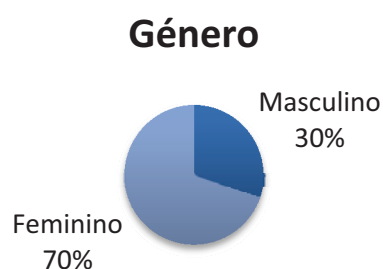


Gráfico 5. Género dos doentes da consulta externa

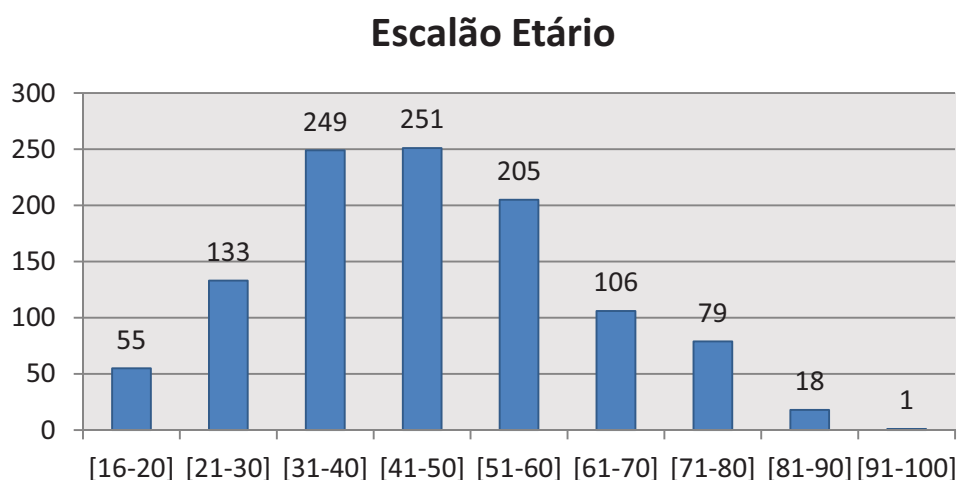


Gráfico 6. Escalão etário dos doentes da consulta externa

Estado Civil

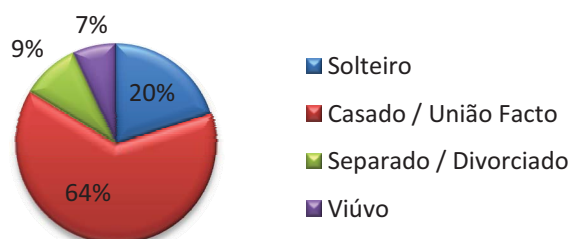


Gráfico 7. Estado civil dos doentes da consulta externa

Escolaridade

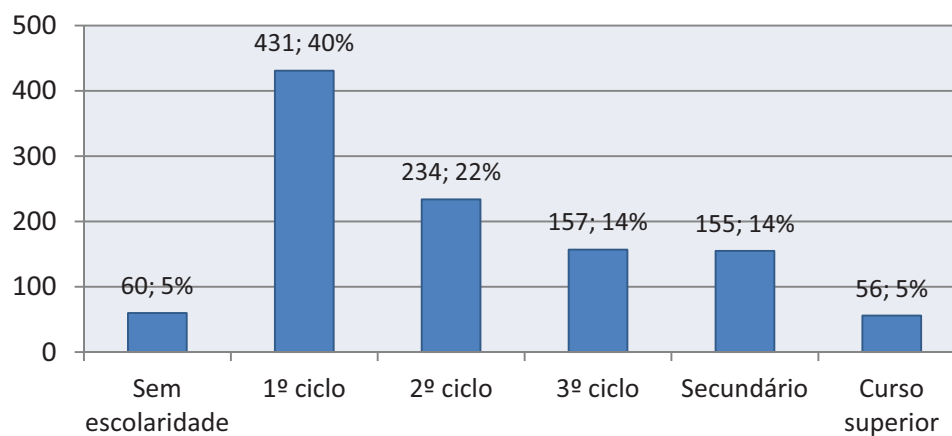


Gráfico 8. Nível de escolaridade dos doentes da consulta externa

Situação Profissional



Gráfico 9. Situação profissional dos doentes da consulta externa

No que diz respeito às variáveis clínicas dos utilizadores do serviço ambulatório destacam-se os seguintes aspectos (Gráficos 10-13 e Tabelas 11-15): a maioria não tinha antecedentes de seguimento psiquiátrico, o que vai de encontro aos critérios de referenciação propostos, contudo, mais recentemente, tem-se assistido a um movimento de doentes do sistema privado para o público; uma grande maioria de doentes sem história de internamento agudo; e, no que concerne aos diagnósticos, encontra-se uma maioria de doenças mentais comuns (por ordem decrescente, as perturbações de adaptação, a depressão unipolar e a ansiedade). As perturbações neuróticas, relacionadas com o stress e somatoformes perfazem 48%, seguidas das perturbações de humor que correspondem a 28%. As perturbações psicóticas correspondem a apenas 2% dos indivíduos com tratamento em ambulatório (em números absolutos, corresponde a 65 utentes), o que levanta a questão de onde se encontram os restantes doentes com perturbações psicóticas do concelho de Famalicão, dado que seria de esperar uma prevalência real de cerca de 1% de DMG. Uma das respostas mais óbvias seria que os mesmos se encontram em seguimento no Hospital Escala de Braga, mas a experiência acumulada da UF-CHMA evidencia uma proporção significativa de doentes com perturbações psicóticas crónicas sem seguimento e em descompensação aguda (não esquecendo o viés de selecção, visto que a UF-CHMA assume a transferência de cuidados de utentes em seguimento no Hospital Escala de Braga mas pertencentes à área de referenciação, desde que sejam internados compulsivamente) e apenas uma pequena parcela de doentes com primeiro episódio psicótico.

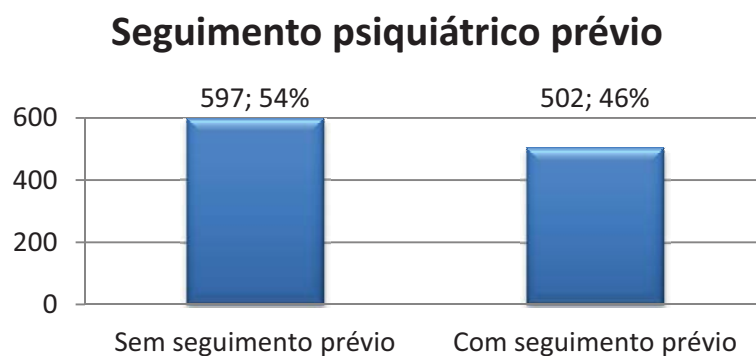


Gráfico 10. Percentagem dos doentes da consulta externa com seguimento psiquiátrico prévio

Internamento psiquiátrico prévio

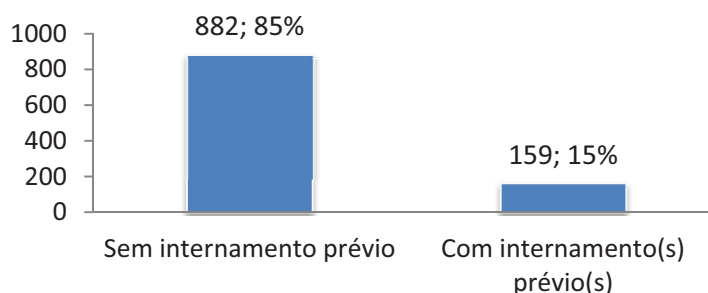


Gráfico 11. Percentagem dos doentes da consulta externa com internamento psiquiátrico prévio

Tabela 11. Diagnóstico dos doentes da consulta externa (pela Classificação Internacional de Doenças (CID) – versão 10)

Grupo diagnóstico	Número de doentes
0 – SEM PATOLOGIA PSIQUIÁTRICA	14
F00-F09 – Perturbações mentais orgânicas	50
F10-19 – Perturbações mentais e comportamentais devidas ao uso de substâncias psicoactivas	37
F20-F29 – Perturbações Psicóticas	65
F30-F39 – Perturbação de Humor	289
F40-F48 – Perturbações neuróticas, relacionadas com o stress e somatoformes	395
F50-F59 – Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e factores físicos	32
F60-F69 – Perturbações de Personalidade e do Comportamento do Adulto	76
F70-F79 – Debilidade Intelectual	51
Outros	3
TOTAL	1012

Diagnósticos

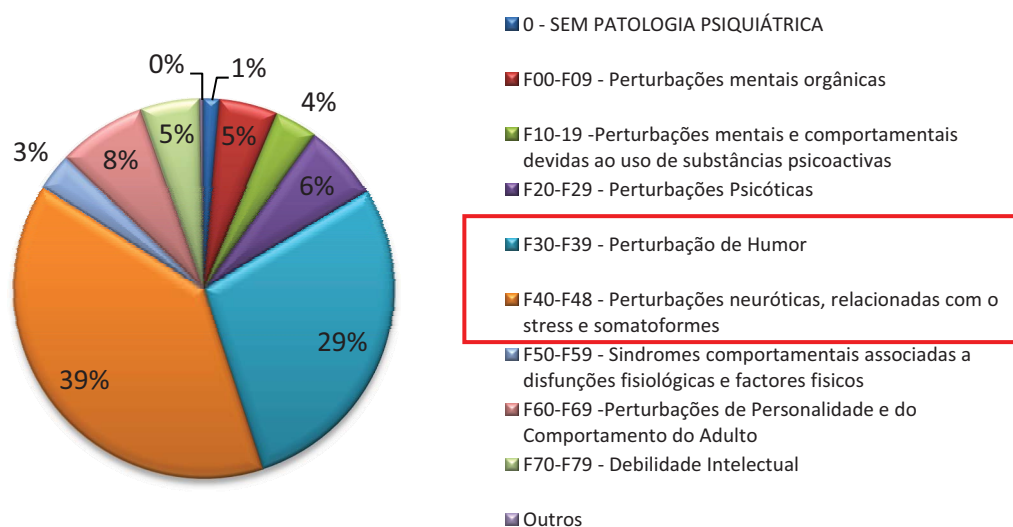


Gráfico 12. Diagnóstico (CID-10) do número total de doentes da consulta externa

Tabelas 12 e 13. Diagnósticos (CID-10) mais prevalentes dos doentes da consulta externa

F30-F39	N	%
Distimia	59	19%
Depressão Unipolar	169	55%
Doença Bipolar	35	11%
Perturbação mista ansiedade e depressão	39	13%
Depressão psicótica	6	2%
TOTAL	308	100%

F40-F48	N	%
Perturbação Ansiedade Generalizada / Perturbação Pânico	155	36%
Perturbação Somatoforme	65	15%
Fobia	4	1%
Perturbação Obsessivo-Compulsiva	13	3%
Perturbação Adaptação	197	45%
TOTAL	434	100%

Tabela 14. Diagnósticos (CID-10) mais prevalentes dos doentes da consulta externa que tiveram alta clínica

ALTAS – GRUPO DIAGNÓSTICO	Nº (%)
0 – SEM PATOLOGIA PSIQUIÁTRICA	12 (5%)
F00-F09 – Perturbações mentais orgânicas	3 (1%)
F10-19 – Perturbações mentais e comportamentais devidas ao uso de substâncias psicoactivas	6 (3%)
F20-F29 – Perturbações Psicóticas	4 (2%)
F30-F39 – Perturbação de Humor	62 (28%)
F40-F48 – Perturbações neuróticas, relacionadas com o stress e somatoformes	105 (48%)
F50-F59 – Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e factores físicos	4 (2%)
F60-F69 – Perturbações de Personalidade e do Comportamento do Adulto	10 (4%)
F70-F79 – Debilidade Intelectual	16 (7%)
TOTAL	222

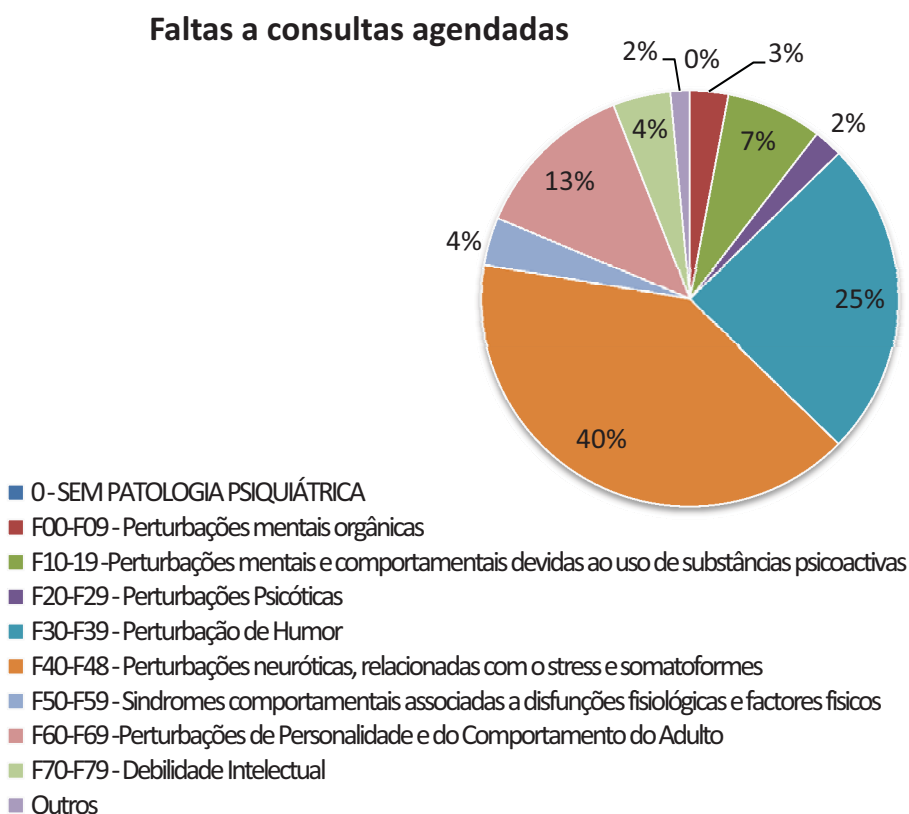


Gráfico 13. Diagnóstico (CID-10) dos doentes que faltaram às consultas agendadas, sem pedido de remarcação

Tabela 15. Estado de evolução de doentes da consulta externa, de acordo com médico

Médico	Nº Primeiras	Activas	Faltas	Altas
PT	472	302 (64%)	79 (17%)	91 (19%)
IS	291	194 (66%)	22 (8%)	75 (26%)
TR	278	196 (70%)	30 (11%)	52 (19%)
MM	75	67 (89%)	3 (7%)	4 (9%)
TOTAL	1116	759 (68%)	134 (12%)	222 (20%)

Daqui se conclui o seguinte:

1. Os diagnósticos mais prevalentes na totalidade dos doentes tratados em ambulatório são: a Perturbação de Adaptação (predominantemente com humor depressivo), a Depressão Unipolar e a Perturbação de Ansiedade;
2. Na população de doentes que faltaram a consultas agendadas, salientam-se os seguintes diagnósticos: a Perturbação de Personalidade, as Perturbações Mentais associadas ao consumo de substâncias e as Perturbações Neuróticas, relacionados com o stress e somatoformes;
3. Na população de doentes que tiveram alta clínica destacam-se os seguintes diagnósticos: as Perturbações Neuróticas, relacionadas com o Stress e Somatoformes, bem como as Perturbações do Humor; também se assiste a altas clínicas perante a ausência de diagnóstico;
4. Ressalta ainda a ausência de faltas a consultas dos doentes com Perturbação Psicótica, bem como um menor número de altas clínicas em doentes com Perturbação da Personalidade, Perturbação Psicótica e Perturbação Mental Orgânica.

Produção da Consulta Externa por Unidade

Assistiu-se a um aumento da produção de 2010 para 2011 (Tabela 16), como seria de esperar, dado que a UF-CHMA iniciou funções em 2010, contando com a totalidade da equipa apenas em 2011.

No entanto, tem havido pressão do conselho de administração do CHMA para que a percentagem de primeiras consultas esteja mais próxima de 30% do total de consultas.

Tabela 16. Produção do ambulatório/consulta externa da UF-CHMA

UF-CHMA	Acumulado Dezembro 2011				Acumulado vs Homólogo	
	1as	2as	% 1as	Total	2010	Δ %
Psiquiatria	671	2.738	19,7%	3.409	2.332	46,2%
Pedopsiquiatria	217	636	25,4%	853	728	17,2%
Psicologia	127	983	11,4%	1.110	416	166,8%

Não obstante a inexistência de Hospital de Dia na UF-CHMA têm sido contabilizadas as vindas dos doentes ao CHMA para avaliação por enfermagem e administração de medicação injectável como sessões de Hospital de Dia. Por esta razão, tem-se assistido a um aumento substancial do número de sessões de 2010 para 2011 (Tabela 17), mas este incremento também traduz o trabalho em *case-management* visto que a enfermeira da UF-CHMA tem assumido as funções de terapeuta de referência.

Tabela 17. Produção do ambulatório/sessões de hospital de dia da UF-CHMA

UF-CHMA	Acumulado Dezembro 11		Acumulado vs Homólogo (nº sessões)	
	Doentes Tratados	Sessões	2010	Δ %
Hospital de Dia	49	505	233	116,7%

Numa população de 49 doentes tratados, 44 estão medicados com antipsicóticos de acção prolongada (AAP). A análise descritiva destes utentes no ano de 2011 evidencia o seguinte perfil:

1. Preponderância do género masculino (77,2%);
2. Média de idades de 44,6 anos (52,7 anos para o género feminino e 36,5 anos para o género masculino);
3. Situação profissional predominantemente de desemprego e reforma, totalizando 79,5% da amostra;

4. Diagnósticos (CID-10): Perturbações Psicóticas F20-F29 (68%), seguidas de Perturbações de Humor F30-F39 (15,9%) e Debilidade Intelectual F70-F79 (13,6%);
5. Tratamento ambulatorio compulsivo em 27,2% dos utentes;
6. Escolha do AAP recai sobretudo no haloperidol (59% dos casos), os restantes com risperidona;
7. Adesão à terapêutica garantida em 100% dos doentes.

A adesão à terapêutica é garantida através de um trabalho essencialmente comunitário, não somente no aspecto de levar o serviço ao encontro do indivíduo em tratamento e das suas necessidades, mas também pela qualidade da relação terapêutica estabelecida com a equipa das visitas domiciliárias (VD's) e terapeuta de referência. A enfermeira da UF-CHMA contacta telefonicamente os utentes e/ou os seus familiares no sentido de assegurar o contacto com o serviço, quer para garantir a administração de AAP, quer para confirmar a disponibilidade na recepção das VD's. Por vezes, a adesão é apenas garantida através da referenciação do indivíduo para o internamento agudo, em fase de descompensação psicopatológica ou incumprimento do plano terapêutico.

O número de VD's tem vindo a aumentar de 2010 até 2012 (Tabela 18), sendo que a UST-CHMA (tem atribuídos dois dias por mês para VD's) apresenta um número consideravelmente superior ao da UF-CHMA (um dia por semana com VD's) dado estar já em funcionamento há muitos anos.

Tabela 18. Produção do ambulatório/visitas domiciliárias da UF-CHMA

Serviço	Acumulado 2011 UF- CHMA	Acumulado 2011 UST- CHMA	Acumulado 2011 CHMA	Acumulado vs Contratualizado CHMA	
	Nº Visitas	Nº Visitas	N.º Visitas	Previsto 2011	Taxa Execução Sessões
Visitas Domiciliárias	57	282	339	408	83,1%

A equipa das VD's é habitualmente constituída pela enfermeira e assistente social, destacando-se a presença do médico psiquiatra quando a situação clínica assim o exige. Inicialmente e, ao contrário do esperado, a visita ao domicílio dos utentes, o contacto com os familiares, amigos ou vizinhos, a constatação das dificuldades de funcionamento e de acesso, acompanhou-se de um aumento do número de internamentos agudos dos indivíduos sob apoio domiciliário provavelmente pela melhor avaliação dos casos. Posteriormente assistiu-se a uma redução da taxa de reinternamentos destes mesmos utentes.

Caracterização do internamento agudo

De um total de 198 utentes internados desde Janeiro de 2010 a Março de 2012 no Hospital de Magalhães Lemos, pertencentes à área de Vila Nova de Famalicão, mantém-se uma distribuição (por diagnósticos) semelhante ao ano anterior (Tabela 19 e Gráfico 14). De entre os doentes com Perturbações Psicóticas os primeiros episódios psicóticos agudos são uma minoria quando comparados com a restante patologia crónica. Nas Perturbações de Humor, destacam-se a Perturbação Bipolar tipo 1, a Perturbação Depressiva Major, a Perturbação Bipolar tipo 2, e ainda a Depressão com características psicóticas (por ordem decrescente de frequência relativa).

Tabela 19. Diagnósticos (CID-10) dos utentes do internamento agudo

Grupo Diagnóstico (DSM-IV-TR)	Frequência absoluta	Frequência relativa
F00-F09 – Perturbações mentais orgânicas	12	6,1
F10-19 – Perturbações mentais e comportamentais devidas ao uso de substâncias psicoactivas	12	6,1
F20-F29 – Perturbações Psicóticas	65	32,8
F30-F39 – Perturbação de Humor	45	22,7
F40-F48 – Perturbações neuróticas, relacionadas com o stress e somatoformes	33	16,7
F60-F69 – Perturbações de Personalidade e do Comportamento do Adulto	26	13,1
F70-F79 – Debilidade Intelectual	5	2,5
Total	198	100,0

Diagnóstico

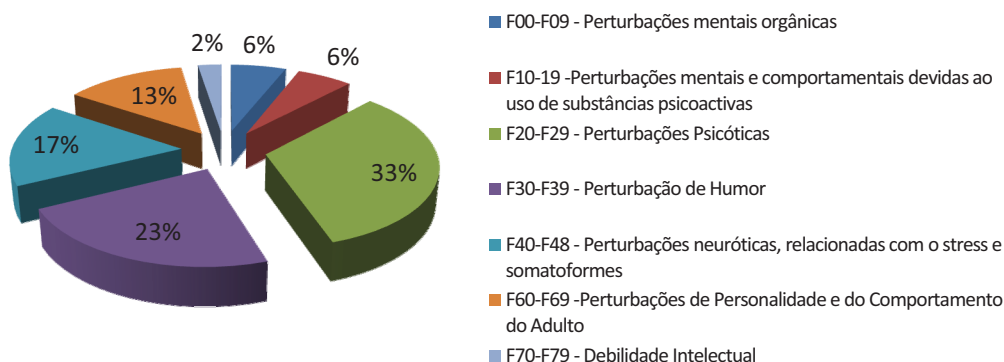


Gráfico 14. Diagnósticos (CID-10) dos utentes do internamento agudo

De salientar as seguintes comorbilidades (por ordem decrescente de frequência): Perturbação de Humor e Perturbações mentais e comportamentais devidas ao uso de substâncias, Perturbação da Personalidade e Perturbação de Humor, Perturbações Psicóticas e Perturbações mentais e comportamentais devidas ao uso de substâncias, Perturbações da Personalidade e Perturbações mentais e comportamentais devidas ao uso de substâncias, Perturbação de Humor e Perturbação mental orgânica, Perturbação de Humor e Debilidade Intelectual, Perturbação Psicótica e Debilidade Intelectual e Debilidade Intelectual e Perturbações mentais e comportamentais devidas ao uso de substâncias.

Relativamente ao ano transacto houve um aumento dos internamentos compulsivos de 15% (Gráfico 15). Pode-se atribuir este aumento a uma maior detecção e vigilância dos utentes com perturbações psicóticas, a um maior conhecimento da população da possibilidade e condições de solicitar o internamento compulsivo, bem como a uma melhor articulação com os Delegados de Saúde do concelho. A destacar que são estes últimos, os colegas que mais frequentemente entram em contacto com a UF-CHMA através das extensões telefónicas divulgadas junto dos CSP.

A maioria dos doentes admitidos sob um regime compulsivo tem um diagnóstico de Perturbação Psicótica (72%), Perturbações de Humor (22% - todos com Perturbação

Bipolar tipo 1) e, o restante, com Perturbação da Personalidade (que foi o único caso que não transitou para tratamento ambulatorio compulsivo).

Regime de Internamento

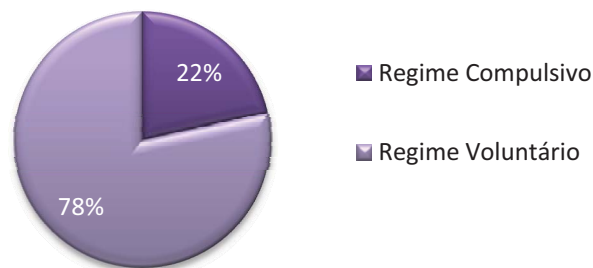


Gráfico 15. Regime de internamento voluntário/compulsivo

Como era de esperar, na maioria dos doentes, não havia história de internamento prévio (Gráfico 16). Quando estudados os diagnósticos dos doentes com internamentos prévios, verificou-se que 37,5% dos doentes apresentavam uma Perturbação Psicótica e 28% uma Perturbação de Humor.

História de internamentos prévios

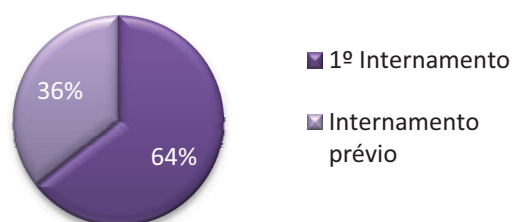


Gráfico 16. História de internamento prévio dos utentes

Tendo em conta que a taxa de reinternamento não planeada (inferior ou igual a 30 dias) é um indicador de qualidade na saúde mental constatou-se a existência de 5,7% (Abril de 2010 a Abril de 2011) e 6,53% (Abril de 2011 a Abril de 2012) de readmissões ao internamento agudo (Gráfico 17).

Taxa Reinternamento

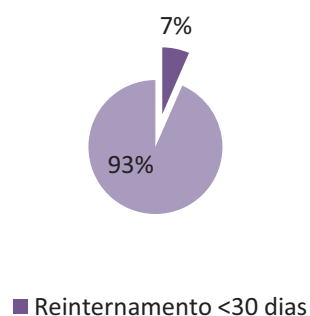


Gráfico 17. Taxa de reinternamento

Relativamente ao ano passado houve um ligeiro aumento dos internamentos de duração entre 90 a 180 dias (de 3 para 5 em termos absolutos; 2 para 3% em termos relativos) (Gráfico 18). Ainda sem qualquer internamento de longa duração (>180 dias) desde o início de funções da UF-CHMA. A duração média actual do internamento é de 19 dias (19,4 dias em Junho de 2011, 19,9 dias em Setembro de 2011, 19,3 dias em Dezembro de 2011), com duração mínima de 1 dia e duração máxima de 169 dias.

Os doentes com uma duração mais prolongada são os com diagnóstico de Perturbação Psicótica, um dos quais com primeiro episódio psicótico e necessidade de iniciar a clozapina após desenvolvimento de quadro clínico resistente à terapêutica – e os restantes com Perturbação de Humor (ambos os doentes com comorbilidade com Perturbações Mentais Orgânicas).

Duração Internamento

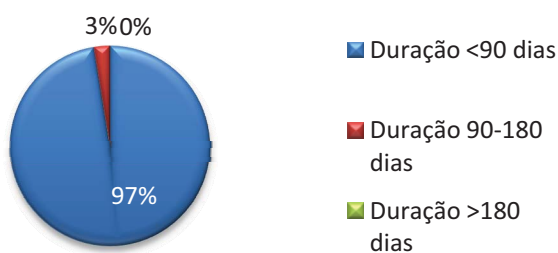


Gráfico 18. Duração do internamento agudo

Para a maior parte dos indivíduos com necessidade de internamento agudo foi-lhes proposto a manutenção do seu seguimento em ambulatório na UF-CHMA (Gráfico 19), facto relevante no garante da continuidade de cuidados (dada a presença de uma equipa clínica única que assegura uma visão e abordagem numa perspectiva longitudinal).

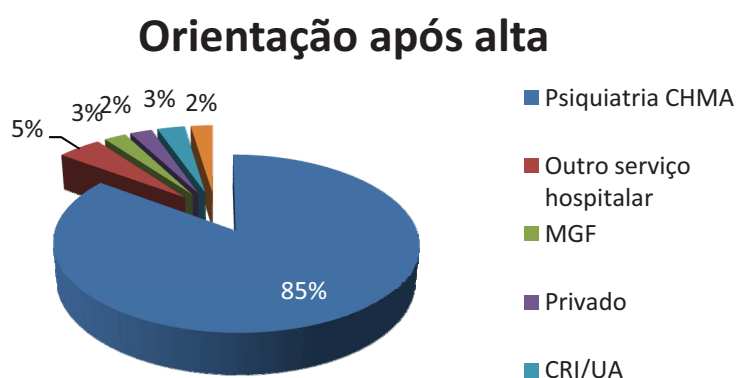


Gráfico 19. Orientação dos utentes após alta do internamento

Prevalência de tratamento

A UF-CHMA tem uma prevalência de tratamento de 0,59% em 2010 e de 0,88% em 2011 (Tabela 20 e 21, Gráfico 20).

Tabela 20. Número total de doentes com um contacto com o serviço de psiquiatria do CHMA no ano especificado

	Número de doentes	
	UF-CHMA	UST-CHMA
2010	799	2224
2011	1190	2523

Tabela 21. Prevalência anual de tratamento no serviço de psiquiatria do CHMA

Prevalência de tratamento por 12 meses			
	UF-CHMA	UST-CHMA	Total
2010	0,59%	2,02%	1,23%
2011	0,88%	2,29%	1,51%

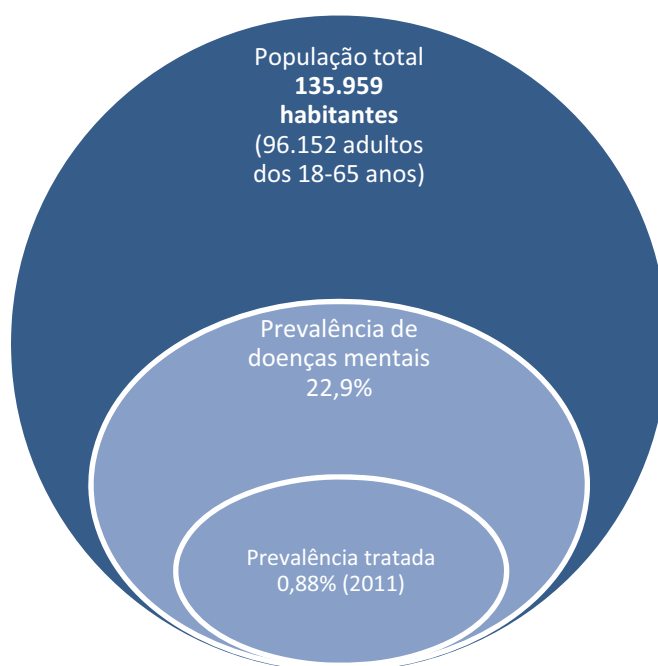


Gráfico 20. Relação entre prevalência real e tratada na UF-CHMA

PARTE II AVALIAÇÃO DA QUALIDADE

Resultados da organização do serviço: abandono e satisfação

“If the user’s perspective is not included, there is a risk that outcome evaluation may be distorted within the narrow perception of the provider”

(Knudsen & Thornicroft, 2011)

Neste capítulo são apresentados dois estudos (o primeiro deles submetido para publicação sob a forma de artigo original e em processo de revisão) que avaliam a perspectiva subjectiva, a nível individual, acerca dos resultados obtidos com os cuidados prestados na UF-CHMA.

De facto, tem sido colocado grande ênfase na satisfação com os serviços, que pode ser encarada como uma medida desejável de resultados dos cuidados. Neste contexto, de referir que “a efectividade dos cuidados em alcançar e produzir saúde e satisfação (...) é o validador final da qualidade dos cuidados” (Donabedian, 1996).

Contudo, sabe-se que o aumento da satisfação com a prestação de cuidados num serviço não representa necessariamente o principal objectivo desse serviço. Daí que, a satisfação deva ser considerada apenas uma variável numa avaliação que pretende combinar dados quantitativos e qualitativos, bem como objectivos e subjectivos.

O primeiro estudo refere-se ao abandono do tratamento psiquiátrico em regime de ambulatório na UF-CHMA, encarando-o como possível índice de insatisfação dos utentes com os cuidados prestados.

O segundo estudo pretende avaliar a satisfação dos familiares de utentes com perturbação psicótica em tratamento na UF-CHMA.

Abandono do tratamento psiquiátrico em ambulatório na UF-CHMA

O objectivo deste estudo consistiu em analisar os factores associados ao abandono do tratamento, de forma a reflectir sobre as medidas adequadas para reduzir o *drop-out* inapropriado.

Realizou-se um estudo retrospectivo, caso-controlo, baseado no *case-register* da UF-CHMA (sendo a direcção clínica do CHMA informada da utilização da base de dados), abrangendo todos os utentes com um primeiro contacto com a unidade, no período de Outubro de 2009 a Julho de 2011. O grupo experimental consistia em todos os indivíduos acima dos 18 anos, observados pelo menos numa primeira consulta de psiquiatria, todos eles pelo mesmo médico psiquiatra, que abandonaram a consulta. O grupo controlo consistia nos restantes utentes seguidos pelo mesmo médico, que se mantiveram em seguimento psiquiátrico, aderindo ao respectivo tratamento. O *drop-out* foi definido como a interrupção unilateral do tratamento pelo utente (não comparência em consulta de *follow-up*), sem um contacto posterior com o serviço num período de 6 meses.

As variáveis sociodemográficas analisadas foram: idade, género, estado civil, escolaridade e ocupação. As variáveis clínicas foram: tratamento psiquiátrico prévio e o diagnóstico (de acordo com a CID-10).

Foi realizado um contacto telefónico aos indivíduos em *drop-out*, através de um entrevistador (sem contacto clínico prévio com os referidos utentes), em que se pedia o seu consentimento para aplicação de um questionário desenvolvido para o efeito, em que a informação obtida dizia respeito à razão do abandono (sensação de melhoria ou pioria dos sintomas, distância ao local de tratamento, horário inconveniente, custos elevados, insatisfação com os serviços prestados ou outros motivos, pedindo para discriminar no caso afirmativo das duas últimas opções) e ao tratamento actual.

A análise estatística dos resultados foi realizada através do *software* estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 17.0. A análise de qui-quadrado foi utilizada para comparar variáveis categóricas, com um nível de significância de 5%. O

valor *Odds Ratio* (OR) e Intervalo de Confiança a 95% (95% CI) foram calculados como medida da associação entre as variáveis e o risco de *drop-out*. A análise de regressão logística foi realizada quando apropriado. O valor de *p* obtido foi considerado estatisticamente significativo quando inferior a 0.05. Os resultados da análise das características sociodemográficas e clínicas dos utentes em seguimento e dos em *drop-out* estão expostos na tabela 22.

Tabela 22. Tabela de frequências caracterizando os grupos em estudo (* $p < 0.05$)

		Em seguimento	Drop-out
Número de casos		455 (88,9%)	57 (11,1%)
Média de idades		45,87 ($\pm 15,7$)	41,49 ($\pm 15,4$)*
Género	Masculino	31,9%	35,1%
	Feminino	68,1%	64,9%
Estado Civil	Casado	64,0%	59,6%
	Solteiro	19,8%	19,3%
	Divorciado	7,5%	12,3%
	Viúvo	6,4%	3,5%
	União de facto	0,9%	3,5%
	Separado	1,5%	1,8%
Escolaridade	Sem escolaridade	4,4%	3,5%
	1º ciclo	42,0%	33,5%
	2º ciclo	20,2%	12,3%
	3º ciclo	14,9%	15,8%
	Secundário	12,7%	21,1%*
	Licenciatura	5,7%	14,0%*
Ocupação	Activo	38,9%	49,1%
	Baixa médica	10,8%	8,8%
	Desempregado	21,4%	26,3%
	Reformado	28,5%	14,0%
	Doméstica	0,4%	1,8%
Seg. psiquiátrico prévio	Sim	45,5%	47,4%
	Não	54,5%	52,6%
CID-10	F00-F09 Pert. mentais orgânicas	5,9%	3,5%
	F10-F19 Pert. uso substâncias	4,8%	14,0%*
	F20-F29 Pert. psicóticas	6,4%	1,8%
	F30-F39 Pert. humor	17,8%	15,8%
	F40-F49 Pert. neuróticas	49,0%	42,1%
	F50-F59 Sind. comp. disfunções fisiológicas e factores físicos	5,7%	5,3%*
	F60-F69 Pert. personalidade	5,3%	14,0%*
	F70-F79 Debilidade intelectual	4,6%	3,5%

De um total de 512 utentes foram identificados 57 em *drop-out* (11,1% da amostra), sendo que apenas 38 responderam a um questionário semiestruturado, via telefónica. Em relação aos restantes 19, incluem-se 1 suicídio consumado, 2 mortes por outras causas e 16 pacientes que se mantiveram inacessíveis ao contacto. Apenas um utente com perturbação psicótica abandonou o tratamento, sendo que se tratava de um indivíduo de 19 anos com possível esquizofrenia simples, cuja família discordava da necessidade de manter o seu tratamento.

Não se encontraram diferenças no que diz respeito ao género, estado civil, ocupação e seguimento psiquiátrico prévio.

Os resultados da análise comparativa evidenciam que a idade superior a 46 anos, a doença conforme a CID-10 (F60-F69: Perturbações de Personalidade e do Comportamento do Adulto; F50-F59: Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e factores físicos (nomeadamente, bulimia nervosa e hipodesejo sexual); e F10-F19: Perturbações mentais e comportamentais devidas ao uso de substâncias psicoactivas, relativamente às outras doenças) e a escolaridade (secundário e licenciatura) estão correlacionados com o risco de *drop-out* (figura 1).

Doentes com perturbações de personalidade e do comportamento do adulto (CID F60-F69), síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e factores físicos (CID F50-F59) e perturbações mentais e comportamentais devidas ao uso de substâncias psicoactivas (CID F10-F19) apresentam um risco acrescido 2.6 vezes superior para *drop-out*, relativamente aos outros doentes (OR=2.66; 95%CI 1.45-4.87; P=0.001).

Por outro lado, os resultados demonstram que a idade e o nível de escolaridade estão também associados a maior risco de *drop-out*. A análise estatística indica que doentes com idade superior a 46 anos apresentam um risco de 2.14 vezes superior para *drop-out* (OR=2.14; 95%CI 1.18-3.90; P=0.011) e, no caso de doentes com escolaridade igual ou superior ao ensino secundário, o risco é 2.39 vezes superior ao dos restantes doentes (OR=2.39; 95%CI 1.32-4.32; P=0.003). Estes resultados podem ser visualizados no gráfico 21.

Fatores preditivos para *drop-out*

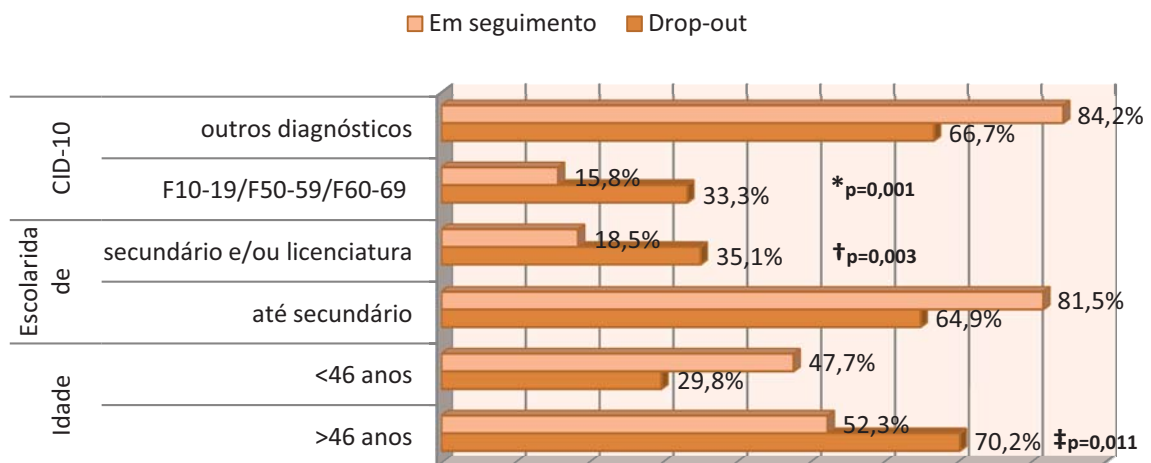


Gráfico 21. Factores preditivos para *drop-out* num teste de qui-quadrado

Considerou-se ainda a combinação de factores preditivos para *drop-out*, sendo que o risco de *drop-out* definido pelo OR é progressivamente maior à medida que se sobrepõe um maior número de factores (gráfico 22). Quando analisados os 3 factores associados a *drop-out* em conjunto (diagnóstico, idade e nível de escolaridade), os resultados demonstram que os doentes que apresentam 2 destes factores têm um risco 4 vezes superior para *drop-out* (OR=4.04; 95%CI 1.88-8.69; P<0.0001). O risco é ainda superior, de cerca de 4.62 vezes, quando considerados os doentes que apresentam os 3 factores (OR=4.62; 95%CI 1.65-12.90; P=0.002).

Risco cumulativo na presença de factores preditivos de *drop-out*

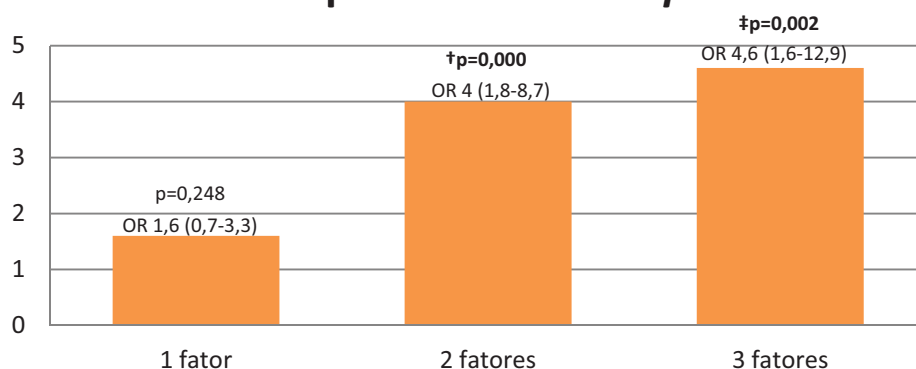


Gráfico 22. Risco cumulativo de *drop-out* na presença de factores preditivos

Quando utilizada a regressão logística, a fim de destrinçar o significado estatístico independente para cada um dos três factores preditivos encontrados, a idade e a escolaridade perdem o seu significado estatístico (gráfico 23).

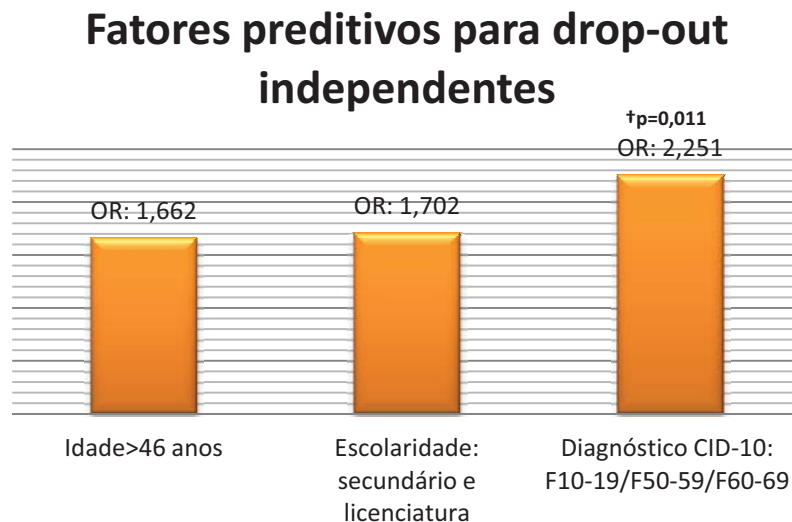


Gráfico 23. Risco de *drop-out* de acordo com a presença de factores preditivos, utilizando a regressão logística



Figura 8. Mapa com a distribuição dos casos de *drop-out* por freguesia (o número acima de cada freguesia indica o número de pedidos de primeira consulta psiquiátrica; cada ponto laranja colocado abaixo da freguesia refere-se a um caso de *drop-out*)

Não foi possível comparar variáveis como a freguesia de origem ou o número de consultas, pois estes dados existiam apenas para os casos de *drop-out*, conforme ilustrado pela figura 8.

Mais de metade dos *drop-outs* ocorre nas fases iniciais do tratamento, nomeadamente após a primeira e segunda consulta de psiquiatria (gráfico 5).

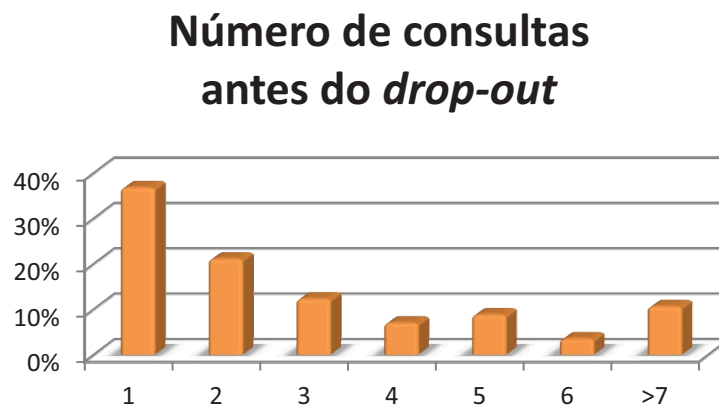


Gráfico 24. Número de consultas efectuadas antes do abandono do tratamento

O motivo mais frequente do *drop-out* é o esquecimento. Os insatisfeitos tinham as seguintes respostas: “não me chegou”, “médico muito novo”, “médico homem”, “presença de Interna”, “não concordou com diagnóstico” e “não melhorou”. A sensação de pioria estava relacionada com os efeitos laterais adversos de um antidepressivo, nomeadamente a sedação (gráfico 25).

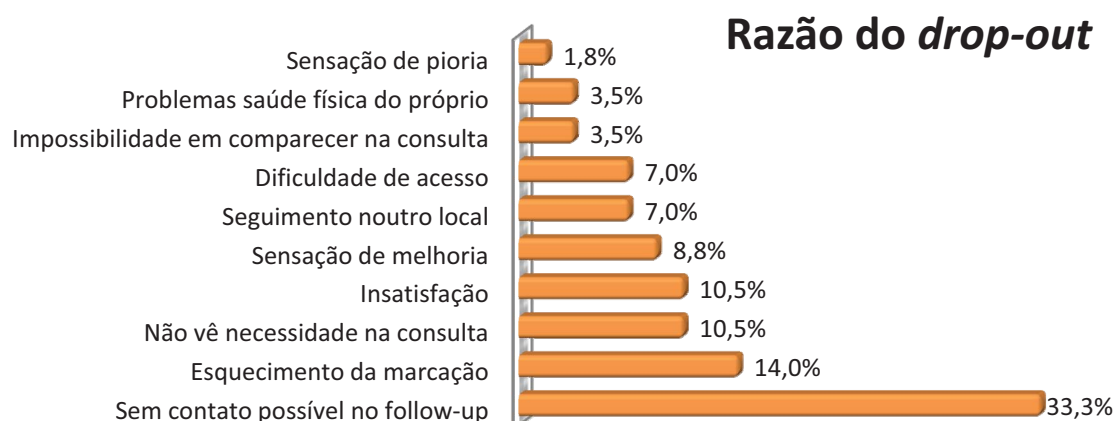


Gráfico 25. Motivo do *drop-out*.

Discussão dos resultados

Estima-se em 19,1% as faltas às consultas de psiquiatria (estudo realizado em Inglaterra entre 2002-2003) e, quando comparadas com as restantes especialidades médicas, este valor corresponde quase ao dobro das últimas (11,7%) (Mitchell & Selmes, 2007). A interrupção inapropriada do tratamento em consulta de psiquiatria de *follow-up* no ambulatório varia entre 26 a 40%, num período de um ano (Rossi A *et al.*, 2002; Pekarik G, 1983; Tehrani E *et al.*, 1996; Young A *et al.*, 2000). Tal situação é considerada um possível indicador de reduzida qualidade dos cuidados prestados, daí que elevadas taxas de *drop-out* podem significar que a qualidade dos serviços prestados deve melhorar.

As consequências do *drop-out* ocorrem a vários níveis: 1) as taxas de reinternamento são de 25% quando comparadas com cerca de 10% se estiver assegurada a manutenção dos cuidados; 2) encontram-se em 28% dos suicídios consumados, situações de *drop-out*; 3) má adesão à terapêutica proposta; 4) aumento da frustração dos cuidadores e médicos responsáveis pelos cuidados, bem como diminuição da empatia e da qualidade de comunicação; e 5) aumento dos custos.

Os factores preditivos para o abandono podem ser divididos em três categorias: ambientais/demográficos, características dos doentes e características da relação clínica (Reneses B, Munoz E, López-Ibor JJ, 2009; Edlung M *et al.*, 2002; Olfson M *et al.*, 2009; Killaspy H, Banerjee S, King M, Lloyd M, 2000). Algumas variáveis sociais e ambientais parecem associadas a uma probabilidade aumentada para a interrupção das consultas, como a idade jovem, um estatuto socioeconómico mais baixo, reduzida adesão à terapêutica, população sem-abrigo, problemas de transporte e a distância ao local de tratamento. No que diz respeito aos factores relacionados com os doentes, de salientar que o esquecimento é a razão mais apontada para faltar a uma consulta agendada, seguida de um estado psicopatológico agravado. Outros factores seriam, por exemplo, a presença de traços de ansiedade, défices cognitivos, reduzida consciência mórbida da doença, perturbação da personalidade e abuso de substâncias. Por último,

a qualidade do serviço prestado, bem como a relação estabelecida com o clínico tem um impacto fundamental na manutenção do tratamento. Assim, não é de estranhar que factores como problemas na comunicação médico-doente, desacordo com a referência para a psiquiatria, cepticismo do doente face ao valor da intervenção em consulta de psiquiatria, reduzida qualidade de referência para a psiquiatria, atraso na resposta à marcação de primeira consulta ou início de tratamento, fases iniciais do tratamento e qualidade da relação terapêutica estejam associados a um maior risco de abandono. De salientar que são os terapeutas juniores e terapeutas não médicos que se mostram mais activos na remarcação das consultas perante o abandono das mesmas, contudo são os terapeutas seniores que têm taxas de *drop-out* mais baixas.

Este estudo pretendia identificar características associadas à interrupção unilateral do tratamento, visto que é difícil discernir de entre os indivíduos em *drop-out*, quais os que não precisam mais ajuda dos que se encontram em risco.

Importa dizer que a organização dos serviços de saúde mental varia entre diferentes países e entre tipos de serviços do mesmo país. Os resultados encontrados neste estudo não pretendem ser generalizáveis a diferentes *settings* ou diferentes tipos de serviços. A este respeito é importante esclarecer que, em primeiro lugar, a UF-CHMA é um serviço de saúde mental local integrado num hospital geral, facto este que permite reduzir o estigma associado aos cuidados psiquiátricos. Segundo, a presença de uma equipa jovem que iniciou funções em 2009, possibilita que os níveis de *burnout* sejam ainda reduzidos, o que pode explicar as baixas taxas de *drop-out*. Terceira, a referência das primeiras consultas é realizada sobretudo através do Alert P1 (oriundo dos cuidados primários), mas também de outras fontes: pedidos internos (psiquiatria de ligação) e externos (outros hospitais). Assim 54% dos pedidos não apresentam história de seguimento psiquiátrico prévio, facto a levar em conta na valorização e enquadramento do *drop-out*, pela experiência prévia do utente com outros serviços e diferentes tipos de cuidados. Quarto, os pedidos de primeiras consultas após internamento agudo agendados num período de 15 dias e para os mesmos técnicos responsáveis pelo internamento, assegura a continuidade dos

cuidados e otimiza a qualidade dos mesmos. Quinto e por último, em Junho de 2011 foram contabilizados um total de 1116 doentes que entraram em contacto com o serviço desde o início do seu funcionamento, sendo os diagnósticos mais prevalentes nessa altura as perturbações mentais comuns (39% de F40-48 Perturbações neuróticas, relacionadas com o stress e somatoformes e 29% de F30-39 Perturbações de humor), obtendo-se 20% de altas clínicas e 12% de *drop-out*, quando incluída a actividade de todos os médicos psiquiatras. Não obstante a UF-CHMA ter como prioritário o tratamento das doenças mentais graves, e talvez isso explique as taxas reduzidas de *drop-out* dos indivíduos com psicose ou perturbações bipolares, a maior parte dos indivíduos em tratamento apresenta perturbações mentais comuns (perturbações de adaptação, perturbações de ansiedade e perturbações depressivas) que poderiam ser acompanhadas nos cuidados de saúde primários.

Confirma-se que os casos de *drop-out* são superiores no início do seguimento psiquiátrico. Presume-se que quanto mais consultas são efectuadas, mais bem estabelecida está a relação com o médico-equipa, o que diminui a probabilidade de *drop-out*.

Contudo, dadas as taxas descritas de *drop-out* e o fato de se tratar de um Serviço Local de Saúde Mental que iniciou funções em 2009, esperava-se um número maior de casos de abandono ao tratamento. Tal pode ser explicado, em parte, pelo facto do referido serviço não receber primeiras consultas de doentes com problemas de dependência de substâncias, que são orientados para o IDT (Instituto da Droga e da Toxicodependência).

Neste estudo não foram encontradas diferenças no que diz respeito ao género, estado civil, ocupação e seguimento psiquiátrico prévio. Contudo, o género masculino, o estado civil (solteiro, divorciado e viúvo) e o desemprego estão geralmente associados a maior risco de abandono (Mitchell & Selmes, 2007). Não se avaliou a influência do terapeuta no *drop-out*, mas o fato de todos os utentes serem acompanhados pelo mesmo médico, diminui tal enviesamento.

O risco cumulativo para *drop-out* perante a combinação de factores preditivos tem significado estatístico perante a combinação de dois ou mais factores. A regressão logística ressalva que apenas o diagnóstico se mantém como factor preditivo independente de *drop-out*, dado que 88.5% dos doentes com escolaridade secundário ou superior têm mais de 46 anos. Uma destas variáveis (escolaridade e escalão etário) parece ser factor de confusão. De realçar que quer a idade superior a 46 anos quer a escolaridade igual ou superior ao ensino secundário não estão habitualmente associadas a maior risco de *drop-out* (Mitchell & Selmes, 2007; Reneses B, Munoz E, López-Ibor JJ, 2009; Edlung M *et al.*, 2002; Olfson M *et al.*, 2009; Killaspy H, Banerjee S, King M, Lloyd M, 2000).

A maior parte dos utentes que abandonaram o tratamento, mantém-se sem tratamento e/ou com tratamento por psicofármacos.

Parece haver na generalidade três grupos principais de utentes: os que se esquecem das consultas, os que afinal acham que não precisam de cuidados e os que ficam insatisfeitos e que procuram cuidados noutro local. Não se encontraram diferenças no que diz respeito a estes grupos quanto ao tipo de diagnóstico.

Poder-se-ia perguntar porque é que os doentes não telefonam a avisar que não vêm às consultas. Na maior parte dos casos parece estar relacionado com o esquecimento, a vergonha e a pioria do estado psicopatológico.

As limitações deste estudo dizem respeito à amostra da população. A definição da duração do *drop-out* (6 meses) foi baseada na revisão da literatura, podendo excluir doentes que pediram para regressar depois dos 6 meses.

Algumas estratégias possíveis para assegurar a manutenção do tratamento seriam: o contacto prévio (24 horas) antes da consulta ou fornecer informações acerca do local de estacionamento, direcções para o local de tratamento e expectativas acerca da intervenção. Perante a falta à consulta os passos a tomar poderiam ser os seguintes:

remarcar ou manter abertura para a remarcação de parte do doente; perante a não comparência à consulta por duas ou mais ocasiões, realizar um contacto directo; ou seja, estes procedimentos visam não dar alta ao doente sem clarificar a necessidade de uma nova consulta.

Satisfação dos familiares de doentes com psicose

O objectivo deste estudo era descrever os doentes com perturbações psicóticas e os seus cuidadores ou familiares, bem como identificar a satisfação dos cuidadores com os serviços psiquiátricos prestados na UF-CHMA.

Foi realizada a exploração quantitativa dos dados colhidos aos cuidadores de familiares com doença mental grave, bem como aplicado um questionário desenvolvido para o efeito que recolhia a informação relativa a barreiras no acesso aos cuidados bem como os níveis de satisfação com os cuidados prestados (sob a forma de escala Likert, com 5 pontos: má, inadequada, adequada, boa e excelente).

Este estudo descritivo foi realizado paralelamente a um outro estudo quantitativo que comparava os valores de sobrecarga e satisfação de cuidadores de doentes esquizofrénicos em acompanhamento na comunidade, por uma equipa especializada, em Braga (grupo experimental que contou com 17 utentes) relativamente a um grupo controlo, constituída por 22 cuidadores de doentes esquizofrénicos acompanhados na consulta externa da UF-CHMA (L. Nogueira, 2011). Foram adoptados como instrumentos de avaliação a Escala de Sobrecarga do Cuidador e o Índice para a Avaliação das Satisfações do Prestador de Cuidados. A comissão de ética do CHMA aprovou a realização do estudo.

Os cuidadores têm uma média de idades de 52 anos, 80,8% são de género feminino (gráfico 26), 72,7% casados e 13,6% viúvos (gráfico 27), 40,9% com 1º ciclo e 22,7% com ensino secundário (gráfico 28); 45,5% são activos profissionalmente (sobretudo em comércio, indústria e construção civil) (gráfico 29). O tempo médio de suporte era de 6,68 anos e em 59,1% os cuidadores eram os pais do doente (gráfico 30), que viviam com o mesmo em 90,9% dos casos. Não têm percepção de rede de apoio, sentindo-se pouco apoiados. Têm uma residência preferencialmente rural e suburbana (gráfico 31), com casa própria em 81,8% e 68,2% com a família nuclear (gráfico 32); a maior parte

não tem doenças orgânicas (72,7%) ou psiquiátricas (63,6%), sendo que apenas 22,7% tinha seguimento psiquiátrico (45,5% utilizam medicação psicofarmacológica).

Gênero

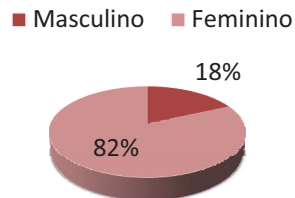


Gráfico 26. Gênero dos cuidadores

Estado Civil

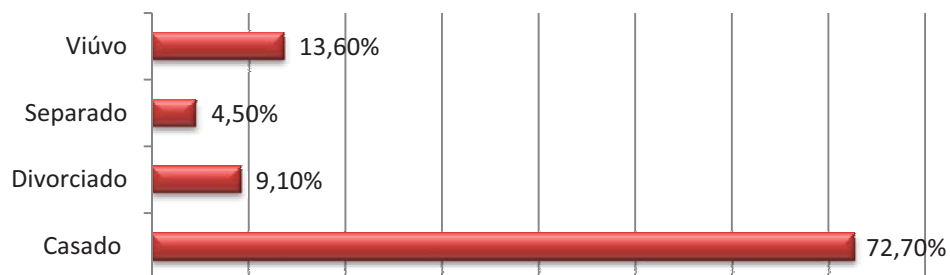


Gráfico 27. Estado civil dos cuidadores

Escolaridade

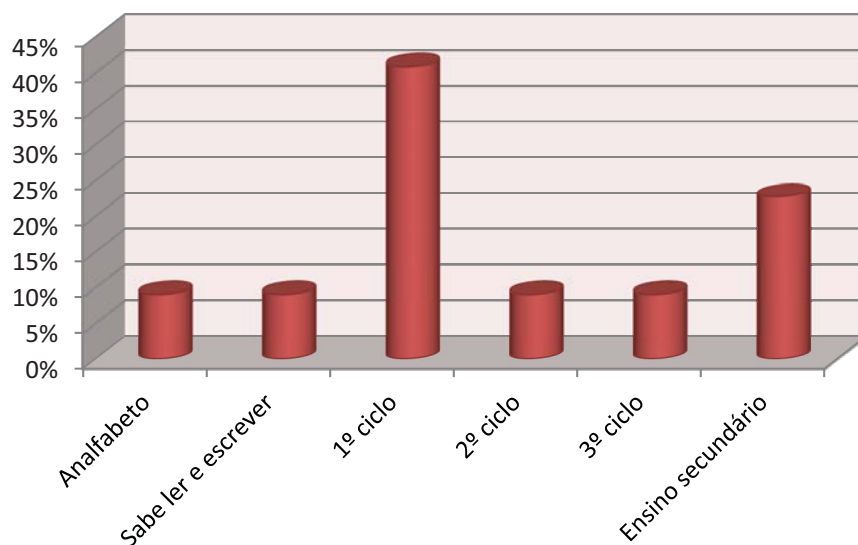


Gráfico 28. Escolaridade dos cuidadores

Situação Profissional

■ Empregado ■ Desempregado ■ Sem ocupação ■ Reformado

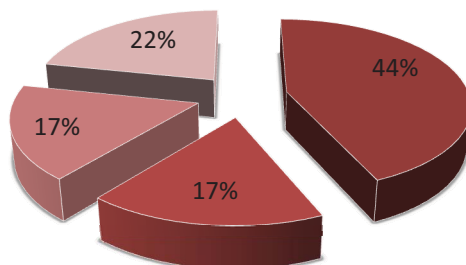


Gráfico 29. Profissão dos cuidadores

Grau de Parentesco do Cuidador

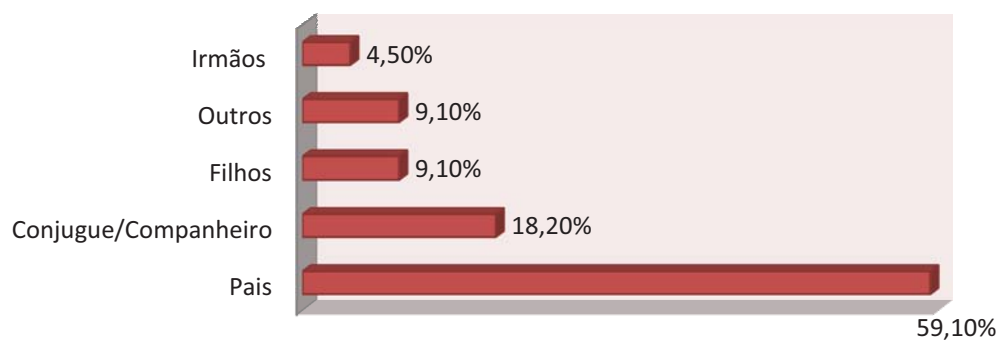


Gráfico 30. Grau de parentesco do cuidador

Local de Residência

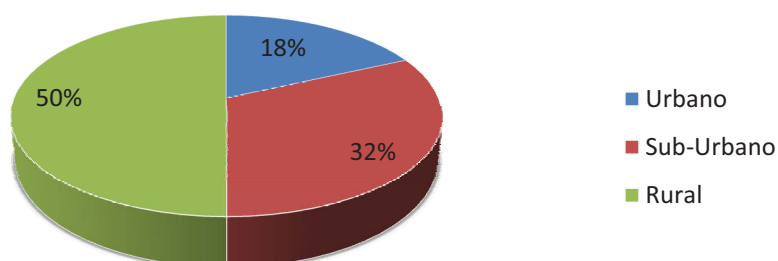


Gráfico 31. Local de residência do cuidador

No que diz respeito aos doentes, apresentam uma média de idade de 35,8 anos, 77,3% são do género masculino e em 68,2% dos casos são solteiros; 91% com escolaridade abaixo do 3º ciclo; apenas 9,1% se encontram empregados, sendo que 13,6% encontram-se desempregados, 27,3% sem ocupação profissional e 36,4% reformados; são dependentes do seu agregado familiar em 68,2% dos casos e apresentam dependência para AVD's em 4,5% (gráfico 34) e para AIVD's em 45,5% das situações; têm um orçamento familiar de menos de 1000€ em 59,1% dos agregados (gráfico 35); apresentam uma taxa de 4,5% de internamentos sucessivos e, em 31,8% dos casos, necessidade de internamentos compulsivos; 40,9% sob tratamento com antipsicóticos de acção prolongada (gráfico 36).

Agregado Familiar

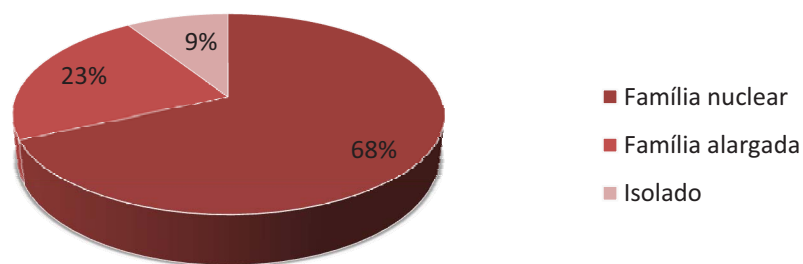


Gráfico 32. Agregado familiar do doente

Situação Financeira

■ Autónomo ■ Dependente

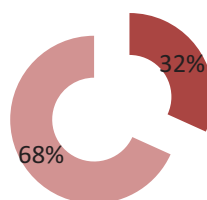


Gráfico 33. Situação financeira do doente

Grau de Dependência para AVD's

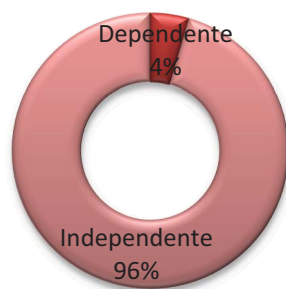


Gráfico 34. Grau de dependência do doente

Orçamento Mensal do Agregado Familiar

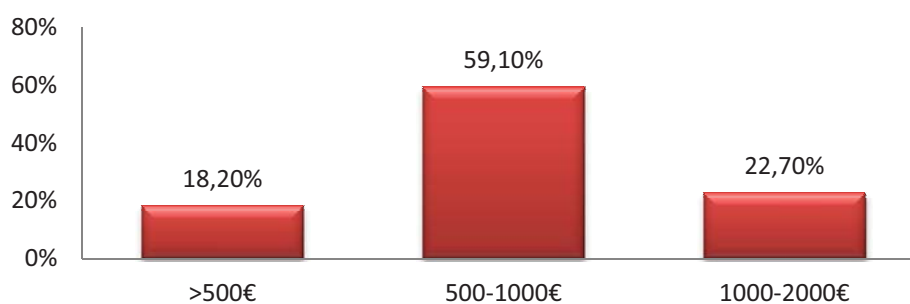


Gráfico 35. Orçamento mensal do agregado

Adesão Terapêutica

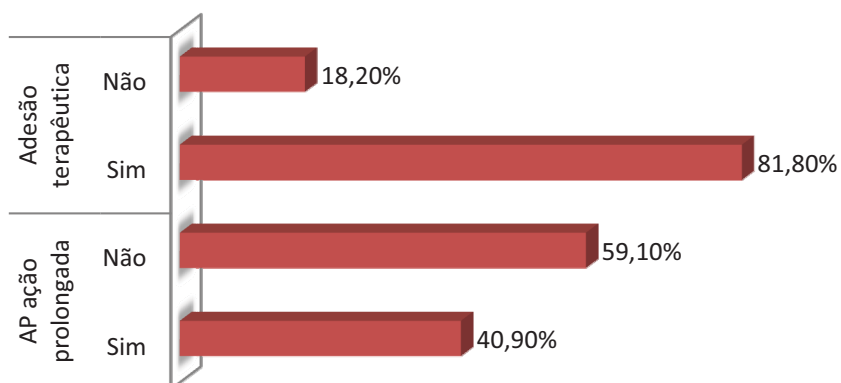


Gráfico 36. Adesão à terapêutica e AP depot

Quanto às barreiras no acesso aos cuidados a nível local de realçar os custos associados ao transporte para a consulta, não obstante a existência de uma rede pública de transportes no concelho de Famalicão (gráfico 37). Tal fato tem provável relação com a residência rural ou suburbana, bem como com o orçamento reduzido do agregado familiar. Não parece haver dificuldades quanto ao horário disponível assim como com o tempo de espera de consulta após internamento agudo, dado o protocolo de marcação de consulta no espaço de 15 dias pós-alta.

Barreiras no acesso aos cuidados

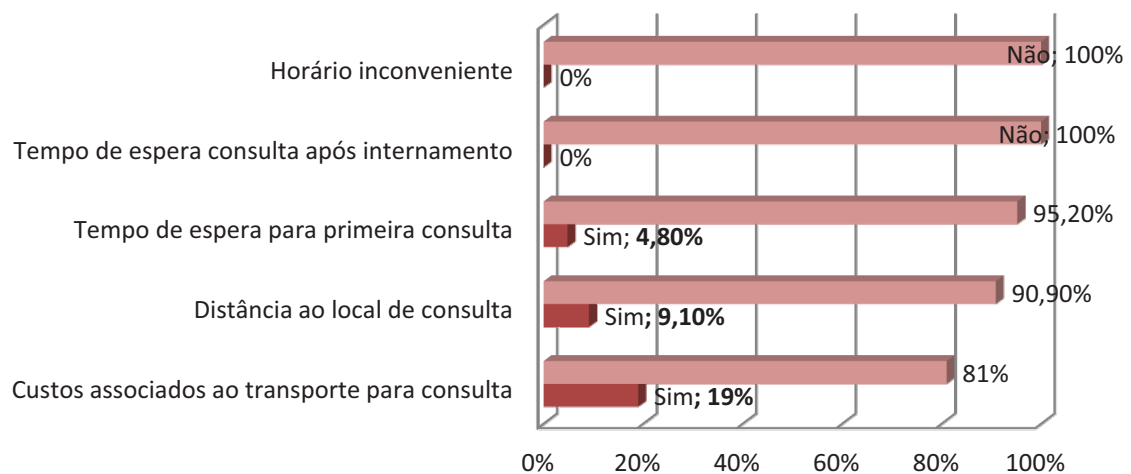


Gráfico 37. Barreiras a nível local

Nível Satisfação dos Familiares

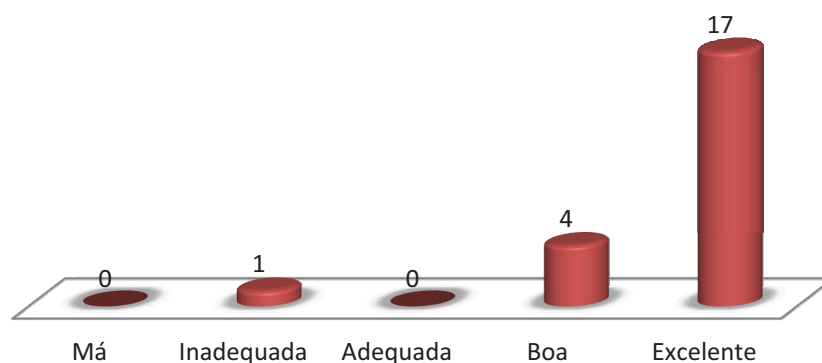


Gráfico 38. Nível de satisfação dos familiares de doentes aos cuidados prestados

Discussão dos resultados

Os cuidadores têm uma residência preferencialmente rural e suburbana o que pode de certa forma proteger e manter o doente mental grave integrado na sua rede de suporte sociofamiliar.

Se apenas 22,7% dos cuidadores tinha seguimento psiquiátrico já 45,5% utilizam medicação psicofarmacológica, o que realça a necessidade de disponibilizar apoio psiquiátrico aos cuidadores de doentes mentais graves.

Apesar de se tratar de um serviço local de saúde mental e disponibilizar visitas domiciliárias (com regularidade semanal), salientam-se as barreiras relacionadas com a acessibilidade, nomeadamente a distância e custos de transporte.

Os mesmos cuidadores não têm percepção de uma rede de apoio, sentindo-se pouco apoiados, contudo sentem-se satisfeitos com os cuidados prestados. Na UF-CHMA foram encontrados valores de sobrecarga, em média, inferiores aos de Braga, embora sem relação estatisticamente significativa. Relativamente aos níveis de satisfação, observou-se que pese embora não existissem diferenças estatisticamente significativas, os cuidadores de utentes da UF-CHMA apresentavam níveis de satisfação superiores aos de Braga (L. Nogueira, 2011). Tal fato pode estar relacionado com a Unidade de Psiquiatria deste Serviço Local dar resposta sobretudo a primeiros contactos com a psiquiatria e, como tal, haver expectativas elevadas face à recuperação plena de doentes com primeiro episódio psicótico (com média de idades de 35 anos). Por outro lado, pode-se ter iniciado tratamento compulsivo na área de residência (como se pode constatar pela taxa de 31,8% de internamentos compulsivos) e, face ao mesmo, ter-se verificado melhoria significativa do funcionamento habitual do doente. A satisfação dos cuidadores pode ainda ser explicada pelo fato de 40,9% dos doentes estar sob tratamento com antipsicóticos de acção prolongada, garantindo assim acompanhamento regular, elevadas taxas de adesão ao plano terapêutico (81,8%) e menor desgaste dos cuidadores.

PARTE III EPÍLOGO

Nota introdutória

“Planning is the process which intends to transform given inputs into optimum outputs”

(Thornicroft & Tansella, 1999).

Neste trabalho procurou-se desenvolver uma visão estratégica para a organização da UF-CHMA sob a forma de um SLSM, numa perspectiva necessariamente criativa (tendo em conta a actual situação económica do país) e adaptada às necessidades da população do concelho de Famalicão.

Como tal, utilizou-se a seguinte informação no planeamento do serviço:

1. Dados epidemiológicos acerca das necessidades locais: características da população do concelho segundo um diagnóstico social e perfil local de saúde, resultados preliminares de um estudo epidemiológico nacional de saúde mental, lacunas no tratamento e dados internacionais acerca do impacto da doença;
2. Dados relativos à utilização do serviço: informação obtida através do *case-register* (ambulatório e internamento) e resultados da organização do serviço (estudos realizados acerca do abandono da consulta e da satisfação dos familiares dos doentes psicóticos).

O plano estratégico para o desenvolvimento do SLSM envolve o estabelecimento de objectivos a curto e longo prazo, bem como a implementação de determinados componentes essenciais ao funcionamento do serviço.

“A continuous cycle of planning and evaluation is necessary and both parts of the cycle should have, whenever possible, an epidemiological basis” (Wing, 1986 citado em

Thornicroft & Tansella, 1999).

Principais conclusões emergentes dos estudos realizados

“Service utilization data are limited to the descriptive unless they are combined with information on need and outcomes” (Thornicroft & Tansella, 1999).

Relativamente à caracterização dos utentes e taxas de utilização do serviço, o *case-register* de Outubro de 2009 a Fevereiro de 2012 permitiu concluir o seguinte:

- ✓ A maior parte dos pedidos de consulta de psiquiatria são oriundos dos CSP, assistindo-se a uma tendência para o aumento do número de pedidos e para a redução da devolução dos mesmos, sendo, como tal, importante melhorar a qualidade da informação de referenciação;
- ✓ Os diagnósticos com maior prevalência nos cuidados em ambulatório são as perturbações de humor e as perturbações neuróticas de stress ou somatoformes, realçando-se uma grande preponderância de doenças mentais comuns (depressão e ansiedade) em serviços de psiquiatria. Tal facto implica que urge melhorar a articulação com os CSP;
- ✓ O número crescente de pedidos de consulta internos, a par da solicitação de uma maior colaboração na ligação e consultadoria aos serviços de internamento da UF-CHMA, realça a necessidade de reforçar a articulação com os mesmos e desenvolver a actividade da psiquiatria de ligação;
- ✓ Com a progressão do agravamento do tempo de espera para primeira consulta e potencial deterioração da qualidade dos serviços prestados, tornou-se necessária a criação de um período excepcional de primeiras consultas, de forma a garantir a observação dos utentes num período de 15 dias após a alta do internamento agudo.
- ✓ Constatam-se baixas taxas de abandono da consulta (12%), o que pode traduzir um indicador de qualidade dos cuidados prestados;
- ✓ A distância da residência dos utentes ao local onde se realiza o internamento agudo, bem como a eventualidade de oferecer um tratamento alternativo à desintoxicação alcoólica em ambulatório fizeram sentir a necessidade de um Hospital de Dia na UF-CHMA;

- ✓ A equipa das VD's pelo facto de poder detectar situações de ausência de tratamento ou tratamento inadequado, pode contribuir para um aumento paradoxal do número de internamentos agudos ou a antecipação de internamentos eventualmente inevitáveis posteriormente;
- ✓ A taxa elevada de desemprego encontrada em doentes submetidos a tratamento com AAP e um número crescente de doentes integrados no programa de *case-management* reforçam a necessidade de um fórum sócio-ocupacional, serviços de reabilitação ocupacional e treino de competências;
- ✓ A tendência da prevalência de tratamento na UF-CHMA tem sido de aumento, reconhecendo que uma percentagem importante de doentes com perturbações mentais graves são apenas tratados nos CSP; a prevalência de doentes sem tratamento diz respeito aos doentes que não recebem tratamento, que frequentam os serviços mas não são reconhecidos ou aqueles que são identificados mas não tratados; a este respeito continua a verificar-se uma lacuna relevante no tratamento das perturbações mentais.

Numa segunda fase deste trabalho, e para materializar a satisfação com os serviços, foram realizados dois estudos. Através do estudo de abandono da consulta de psiquiatria concluiu-se o seguinte:

- ✓ A interrupção inapropriada do tratamento em consulta de psiquiatria é considerada um possível indicador de reduzida qualidade dos cuidados prestados, daí que elevadas taxas de *drop-out* podem significar que a qualidade dos serviços prestados deve melhorar;
- ✓ A idade, a doença e a escolaridade estão correlacionados com o risco de *drop-out*;
- ✓ Utilizada a regressão logística, a idade e a escolaridade perdem o seu significado estatístico como factores preditivos independentes de *drop-out*;
- ✓ Encontram-se taxas reduzidas de *drop-out* dos indivíduos com psicose ou perturbações bipolares, em virtude da intervenção activa da equipa (contacto telefónico, remarcação automática de nova consulta ou agendamento de VD);

- ✓ As taxas de *drop-out* são superiores no início do seguimento psiquiátrico o que parece estar relacionado com as fases iniciais de uma relação terapêutica ainda não estabelecida;
- ✓ Parece haver na generalidade os que se esquecem das consultas, os que acham que não precisam de cuidados e os que ficam insatisfeitos e que procuram cuidados noutra local;

Através do estudo de satisfação dos familiares dos utentes foi possível concluir que:

- ✓ Quanto às barreiras no acesso aos cuidados a nível local são de realçar (por ordem decrescente) os custos associados ao transporte, a distância ao local de consulta e o tempo de espera para a primeira consulta;
- ✓ Se apenas uma pequena percentagem dos cuidadores tinha seguimento psiquiátrico já 45,5% utilizam medicação psicofarmacológica, o que realça a necessidade de disponibilizar apoio psiquiátrico aos cuidadores de doentes mentais graves;
- ✓ De forma a ir ao encontro das necessidades expressas pelos familiares e doentes com doença mental grave (sobretudo as perturbações psicóticas) no que diz respeito ao vazio institucional no que toca à melhoria funcional, recuperação e qualidade de vida, parece fundamental a criação de um fórum sócio-ocupacional;
- ✓ Os cuidadores não se sentem apoiados pela rede de suporte social e queixam-se sobretudo da acessibilidade aos cuidados, mas exibem elevadas taxas de satisfação com os serviços prestados;

Visão estratégica para a organização do serviço local de saúde mental

A criação da UF-CHMA proporcionou a estruturação de uma equipa nova, possibilitando desde logo a oportunidade de criar um conjunto de componentes essenciais do serviço de forma coerente. Por outro lado, houve paralelamente um processo de reajustamento no funcionamento do Serviço de Psiquiatria de Santo Tirso, Trofa, Vila Nova de Famalicão do CHMA dado que, apesar da proximidade dos

concelhos, as estratégias deverão ser flexibilizadas em função das características da população e suas necessidades.

Os custos de transporte, a distância ao local de consulta, o tempo de espera da primeira consulta, a reduzida percentagem de altas, um número crescente de pedidos de consultas, bem como a escassez de recursos humanos para dar resposta a uma população desta dimensão são barreiras encontradas na UF-CHMA.

Como tal, decidiu-se apostar numa organização do SLSM baseada na comunidade, com intervenções baseadas na evidência, dando prioridade ao doente mental grave e à qualidade dos cuidados.

Tem-se vindo a sensibilizar os administradores acerca das especificidades dos cuidados psiquiátricos, dada a reduzida experiência dos mesmos na gestão de serviços de saúde mental. Estes têm sido os argumentos dissuasores de uma estratégia centrada nos números e em taxas de utilização do serviço.

Limites de intervenção (geográficos e funcionais)

Encaram-se os limites do concelho de Famalicão como sendo a área de referência para a qual a UF-CHMA tem responsabilidade, com uma população residente de cerca de 130.000 habitantes.

Princípios da UF-CHMA

A UF-CHMA com vista a otimizar os recursos existentes e, tendo em conta a prevalência de doenças mentais e das lacunas de tratamento, decidiu dar prioridade aos indivíduos com doenças mentais cujos sintomas e incapacidade sejam mais graves (genericamente designados como doentes mentais graves, segundo a definição de Goldman, 1984).

De acordo com os princípios definidos pela OMS e pelo plano nacional de saúde mental, desenvolveram-se as seguintes estratégias de forma a dar resposta aos cuidados de doentes mentais graves.

Programa integrado para doentes mentais graves

O programa integrado para os DMG diz respeito à implementação do *case-management*, através da criação da figura do terapeuta de referência, que assegura que tudo é feito no que diz respeito ao plano individual de cuidados, modelo este centrado nas necessidades do utente. Três elementos da equipa receberam formação em serviço através do PROFORM Fase I – Equipas de Saúde Mental Comunitária e modelo integrado de gestão cuidados, um dos quais completando a formação de formadores. Existe em curso o acompanhamento individual através do modelo do terapeuta de referência, este último sendo sobretudo efectuado pela enfermeira do serviço.

Articulação com os CSP

A colaboração intra-sectorial com outros serviços de saúde ou sociais adquire particular importância, como por exemplo a articulação com os CSP, dado que uma percentagem importante de doenças mentais graves é apenas tratada a esse nível. A articulação com CSP reconhece o papel fulcral dos mesmos como primeiro e segundo filtro na abordagem das perturbações psiquiátricas (Goldberg e Huxley, 1980). A preponderância de perturbações mentais comuns em tratamento num SLSM, como se pode constatar após a análise do *case-register*, resulta num congestionamento das respostas nas estruturas psiquiátricas (atraso na marcação de primeiras consultas, aumento da lista de espera e espaçamento entre segundas consultas), com a consequência perversa de aumentar o *burnout* numa equipa ainda jovem e motivada. No sentido de desenvolver uma adequada articulação entre os CSP e psiquiátricos, foram desenvolvidas as seguintes acções:

1. Esclarecimento e diferenciação do que é da responsabilidade dos CSP e dos cuidados psiquiátricos (Tabela 23, Figura 9 e 10), através de duas sessões de sensibilização e informação realizadas em 2010 no ACES de Famalicão;

Tabela 23. Critérios de referenciação propostos para os CSP

Doença Mental Grave	Perturbações Psicóticas Depressão moderada-grave Depressão com sintomas psicóticos Depressão resistente ao tratamento
Doença Mental Comum	Ansiedade e depressão

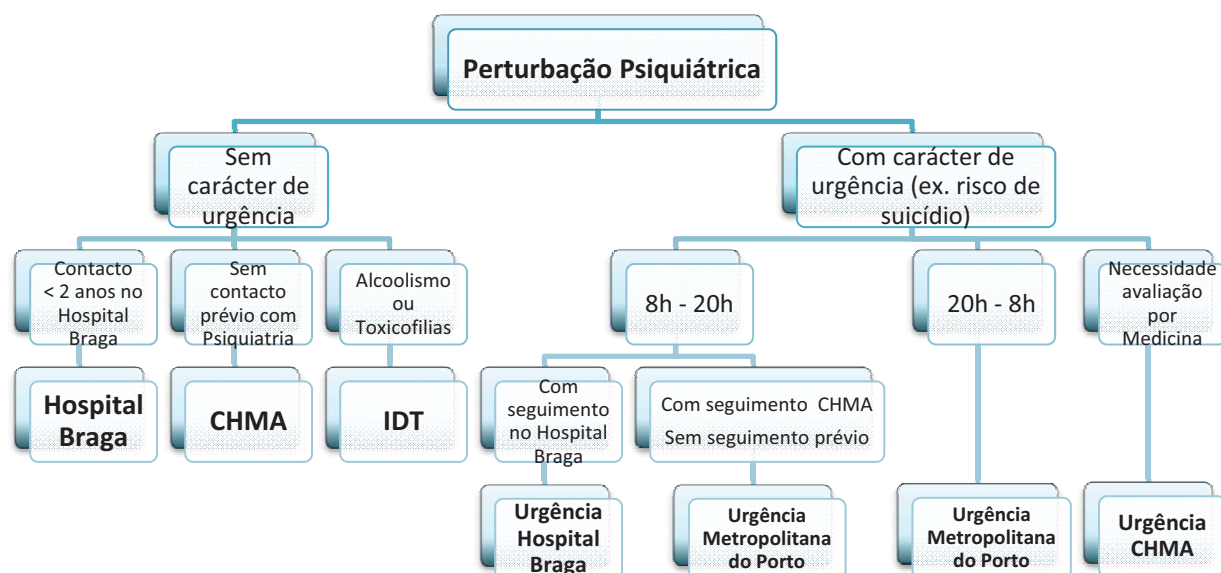


Figura 9. Esquema de referenciação pelos CSP

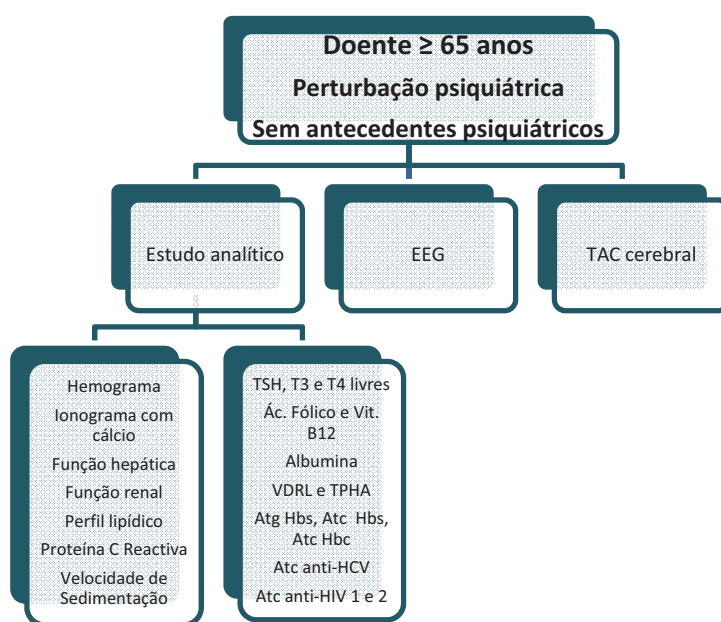


Figura 10. Critérios de referenciação para os CSP de doentes > 65 anos

2. Divulgação da actividade assistencial prestada na UF-CHMA (2009-2012) e apresentação/discussão de algoritmos terapêuticos para doenças mentais comuns, através de uma sessão realizada em Vila Nova de Famalicão, na USF Famalicão I em 29 de Junho de 2012;
3. Disponibilização dos horários dos médicos psiquiatras e vias de comunicação (*e-mails* e respectivas extensões telefónicas no CHMA) a fim de promover contactos regulares inter-institucionais, que têm sido utilizados sobretudo pelos médicos Delegados de Saúde Pública, bem como pelos médicos de MGF com os seguintes objectivos: possibilitar esclarecimentos acerca de critérios para tratamento compulsivo, tornar mais rápida a referenciação de utentes, partilhar informações em casos de co-seguimento e melhorar a qualidade da informação de referenciação e retorno;
4. Rápida intervenção a nível comunitário nos casos sinalizados pelos CSP (por exemplo, através de visitas domiciliárias);
5. Possibilitar e otimizar a formação pós-graduada em psiquiatria comunitária, a nível do internato complementar de MGF, através da sensibilização dos internos para uma clarificação acerca dos critérios de referenciação e melhoria das capacidades de actuação na área da saúde mental.

Plano estratégico a curto e longo prazo

A curto prazo

- a) Já foram disponibilizadas primeiras consultas extra (desde Maio de 2012) em contexto de pós-alta do internamento agudo, a fim de proporcionar a observação dos indivíduos nestas condições num período de 15 dias;
- b) Criação de consulta de crise;
- c) Criação de intervenção em grupo:
 - i. Já disponível grupo de intervenção unifamiliar comportamental;

- ii. Grupo psicoeducativo para familiares e utentes com perturbação bipolar;
 - iii. Grupo de ajuda mútua para familiares de doentes com perturbações psicóticas;
- d) Aumento do período de consultadoria na ligação às restantes especialidades médico-cirúrgicas da UF-CHMA;
- e) Melhoria da articulação com os CSP, através da consultadoria com frequência regular e ininterrupta, discussão de casos clínicos, sessões de sensibilização acerca dos critérios de referenciação e criação de algoritmos terapêuticos para as doenças mentais comuns.

A longo prazo

- f) Criação de empresa de emprego apoiado para a inserção profissional de doentes mentais graves;
- g) Disponibilização de instalações para o funcionamento de um Hospital de Dia, de forma a não ser necessário referenciar os utentes da UF-CHMA para o Hospital de Dia da UST-CHMA;
- h) Acesso a instalações e recursos humanos para a criação de um fórum sócio-ocupacional;
- i) Construção de instalações para um internamento agudo na UST-CHMA. Considerando a existência de um programa funcional para a construção de um novo edifício na UST-CHMA e a inexistência de área suficiente na UF-CHMA, a que se associa a possibilidade de se efectuar alguma economia de escala, pela alocação de mais um piso ao já previsto edifício, optou-se pela proposta de localização do Serviço de Internamento nesse novo edifício da UST. A manutenção do internamento no Hospital Magalhães Lemos deve-se ao facto de se aguardar a viabilidade da instalação do serviço no CHMA. O CHMA apresentou um projecto de obra, a concretizar na UST, para dar resposta a um conjunto de necessidades de diversos serviços daquela sua Unidade, que há muito se defrontam com sérias dificuldades e limitações, sejam elas de ordem

de espaço, de funcionalidade ou condições de conforto. O edifício teria 5 andares e constituiria uma oportunidade de extrema importância, no contexto das actuais limitações físicas e estruturais da UST-CHMA. Foram constituídos grupos de trabalho específicos para cada área a alocar no novo edifício, aos quais coube a definição dos requisitos mínimos de capacidade. Neste grupo de trabalho participaram o Director do Serviço (Dr. Manuel Matos) e o responsável pela Unidade de Famalicão (Dr. Pedro Teixeira), tendo sido realizadas duas visitas a serviços de psiquiatria distintos (Unidade de Valongo do Centro Hospitalar São João e Serviço de Intervenção Intensiva do Hospital de Magalhães Lemos).

O novo edifício da UST-CHMA pretenderia prestar os cuidados médicos correspondentes às especialidades a seguir descritas:

ÁREA	ESPECIALIDADES
MÉDICA	Medicina Interna, Medicina Física e Reabilitação, Oncologia e Psiquiatria
CUIDADOS CONTINUADOS	Unidade de Convalescença

De facto, não obstante a aprovação do projecto pela ARS do Norte, as medidas impostas pela entretanto exigida consolidação orçamental, fizeram recuar a implementação do mesmo. Daí que, neste momento, uma das barreiras aos cuidados será a distância ao local de urgência e internamento completo para a população do concelho de Famalicão.

Implementação dos componentes essenciais da UF-CHMA

- I. Ambulatório e serviços comunitários
 - i. Visitas domiciliárias;
 - ii. Consulta externa;
 - iii. Consultadoria de Psiquiatria de Ligação;
- II. Serviços ocupacionais, vocacionais e de reabilitação

- iv. Fórum sócio-ocupacional;
- v. Empresa de emprego apoiado;
- III. Internamento agudo
- IV. Articulação intra-sectorial
 - vi. Hospital Central Especializado de Magalhães Lemos:
 - a. Serviço de Psicogeriatrica;
 - b. Hospital de Dia (psicoterapia de inspiração psicodinâmica);
 - c. Psicoterapia individual em grupo (psicodrama) e familiar (terapia familiar);
 - d. Consultas subespecializadas de Perturbação de Stress Pós-Traumático e Sexologia;
 - e. Unidade de Eletroconvulsivoterapia;
 - f. Serviço de Reabilitação Psicossocial;
 - vii. Unidade de Perturbações do Comportamento Alimentar no Centro Hospitalar de São João;
 - x. Ligação com os CSP;
 - xi. Articulação com o IDT, no que diz respeito à complementaridade na prestação de cuidados, qualidade da referenciação e tratamento integrado de perturbações mentais associadas ao consumo de substâncias;
- V. Articulação inter-sectorial
 - xii. Articulação com agências governamentais: polícia, estabelecimentos prisionais;
 - xiii. Articulação com agências não-governamentais: organizações religiosas;
 - xiv. Articulação com a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens;
 - xii. Articulação das visitas domiciliárias com as famílias de acolhimento sem laços de parentesco;

- xiii. Articulação com equipas de apoio domiciliário de outras instituições;
- xiv. Protocolo com a Associação de Apoio a Doentes Depressivos e Bipolares (ADEB);

Sessões realizadas na comunidade

- a) Participação como palestrante convidado (Dr. Pedro Teixeira) no I Workshop de Saúde Mental, organizado pela Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, a 15 de Julho de 2011: “Alcoolismo na adolescência. Avaliação diagnóstica e tratamento”.
- b) Participação como palestrante convidado (Dr. Tiago Rodrigues) nas II Jornadas de Prevenção do Cancro da Mama, a 21 de Outubro de 2011: “Comunicação com o doente Oncológico: Desafios para doentes, familiares e profissionais de saúde”.
- c) Participação como palestrante convidado (Dra. Isabel Saavedra) em sessão de esclarecimento dirigida a familiares e utentes de um lar em Vila Nova de Famalicão, a 9 de Março de 2012: “O que é o Alzheimer, qual a causa, os sintomas, o tratamento e como cuidar de um doente”.
- d) Participação como palestrante convidado (Dr. Pedro Teixeira) no Colóquio Comemorativo do 15º aniversário do Psicentro, a 28 de Abril de 2012: “A Depressão. Diagnóstico e Intervenção Psicofarmacológica”.

Futuras investigações

SATISFAÇÃO COM OS SERVIÇOS PRESTADOS E SUGESTÕES PARA A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

Pretende-se fazer um levantamento da opinião dos utilizadores, seus familiares, cuidadores ou acompanhantes acerca dos serviços prestados na UF-CHMA, além da análise qualitativa das suas sugestões.

FALTA DE COMPARÊNCIA A CONSULTAS DE PSIQUIATRIA

Numa primeira fase, está já em curso o planeamento de um estudo de *drop-out* (consultas subsequentes) multicêntrico, que engloba serviços de saúde mental com estruturas distintas (SLSM na UF-CHMA, Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar de São João e Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar do Baixo Vouga). Numa segunda fase, planeia-se investigar a falta de comparência a primeiras consultas, dado que a análise dos respectivos motivos pode revelar fraquezas no sistema de acesso aos cuidados, como por exemplo falhas na referenciação ou áreas de sobreposição (por exemplo um SLSM com limites geográficos e funcionais imprecisos).

Salienta-se a experiência da UF-CHMA na constatação de um suicídio consumado em doente cuja referenciação pelos CSP aguardava agendamento.

QUALIDADE DA INFORMAÇÃO DE REFERENCIAÇÃO PARA CONSULTA DE PSIQUIATRIA

Neste estudo pretende-se avaliar a qualidade dos pedidos de referenciação oriundos dos CSP através do sistema ALERT P1. O responsável pela triagem atribuiria, numa primeira impressão após a leitura do pedido de consulta, uma cor Manchester de acordo com critérios objectivos previamente estabelecidos. Posteriormente, o médico psiquiatra designado para o seguimento psiquiátrico faria na primeira consulta uma avaliação clínica do doente, com atribuição de cor Manchester (de forma cega para a atribuição da cor inicial na triagem).

UTILIZAÇÃO DE ANTIPSICÓTICOS DE ACÇÃO PROLONGADA: IMPACTO NO CUSTO- EFICÁCIA E REDUÇÃO DOS REINTERNAMENTOS

Tendo por base os 44 doentes com tratamento através de AAP, após uma análise descritiva dos mesmos, far-se-ia uma avaliação do custo-eficácia da administração do referido tratamento, levando em linha de conta aspectos como a redução da taxa de reinternamentos, bem como melhoria sintomática, funcional e na qualidade de vida.

Bibliografia

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - Practice guidelines for the treatment of patients with schizophrenia. American Journal of Psychiatry, 154 (Apr suppl): 1-36, 1994.

ANDOLIN-SOBOCKI, P., JONSSON, B., WITTCHEN, H. U., OLESEN, J. - Costs of disorders of the brain in Europe. Eur. J. Neurol., 12 (Suppl. 1): 1-27, 2005.

ANUÁRIO ESTATÍSTICO DA REGIÃO NORTE DE 2010 - Instituto Nacional de Estatística, 2010.

BANCO DE PORTUGAL. - Boletim Económico da Primavera, Vol.17, Número 1, 2011.

BENTES, M., DIAS, C. M., SAKELLARIDES, C., BANKAUSKAITE, V. - *Health care systems in transition: Portugal*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

CARDOSO, G., MAIA, T. - Serviços psiquiátricos na comunidade com base no hospital geral: um modelo português. Revista do serviço de psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, 4, 54-66, 2010.

DA DEPRESSÃO DA CRISE PARA A GOVERNAÇÃO PROSPECTIVA DA SAÚDE. Relatório de Primavera de 2011 do Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2011.

DECRETO-LEI nº 35/1999. DR I Série-A, 30: 676-681.

DESPACHO conjunto dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade nº407/98. DR II Série, 138: 8328-8332.

DONABEDIAN, A. - The effectiveness of quality assurance. The International Journal for Quality in Health Care, 8: 401-407, 1996.

EDLUNG, M., WANG, P., BERGLUND, P. *et al.* - Dropping Out of Mental Health Treatment: Patterns and Predictors Among Epidemiological Survey Respondents in the United States and Ontario. *American Journal of Psychiatry*, 159: 845-851, 2002.

EUROPEAN BRAIN COUNCIL REPORT - Costs of Disorders of the Brain in Europe. Disponível em <http://www.ebc-eurobrain.net>, 2005.

EUROSTAT – News release euroindicators. Disponível em <http://ec.europa.eu/eurostat> (consultado a 2 de Abril de 2012).

EVIDENCE-BASED PRACTICES IN MENTAL HEALTH CARE - American Psychiatric Association, 2003.

GOLDBERG, D. & HUXLEY, P. – Mental Illness in the community. The pathway to psychiatric care. Tavistock Publications, 1980.

GOLDMAN, H. H. - The chronically mentally ill. Who are they? Where are they? The chronically mentally ill: Research and services, 33-44, 1984.

GRASSI, G. - Output standard in the mental health service of Reggio Emilia, Italy. Methodological issues. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 9: 56-59, 2000.

IMPACT OF ECONOMIC CRISES ON MENTAL HEALTH. WHO Regional Office for Europe, 2011.

KENT, A., BURNS, T. - Assertive community treatment in UK practice. Revisiting... Setting up an assertive community treatment team. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11: 388-397, 2005.

KILLASPY, H., BANERJEE, S., KING, M., LLOYD, M. - Prospective controlled study of psychiatric out-patient non-attendance. Characteristics and Outcome. *British Journal of Psychiatry*, 176: 160-165, 2000.

KNUDSEN, H. C., THORNICROF, G. - Mental health service evaluation. Cambridge University Press, 2011.

LEFF, J. – Care in the community. Illusion or reality? John Wiley & Sons, 1997.

LEHTINEN, V. *et al.* - Need for mental health services of the adult population in Finland: results from the Mini Finland Health Survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 81: 426-431, 1990.

MENTAL HEALTH SERVICES IN EUROPE - An Overview. Focus on Mental Health Care Reforms in Europe. *Psychiatric Services*, Vol. 59, No. 5, 2008.

MENTAL HEALTH SYSTEMS IN SELECTED LOW- AND MIDDLE-INCOME COUNTRIES - a WHO-AIMS cross-national analysis. WHO, 2009.

MITCHELL, A. J., SELMES, T. - Why don't patients attend their appointments? Maintaining engagement with psychiatric services. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13: 423-434, 2007.

NOGUEIRA, L. - Nível de satisfação dos cuidadores de doentes mentais, alvo dos cuidados de uma unidade de apoio especializado, no concelho de Braga. Tese de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental. Universidade do Porto, Faculdade de Medicina. Outubro de 2011.

OLFSON, M., MOJTABAI, R., SAMPSON, N. *et al.* - Dropout from Outpatient Mental Health Care in the United States. *Psychiatric Services*, 60, 7: 898-907, 2009.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT - Health system priorities when money is tight, OECD health ministerial meeting, 7-8 October. Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010.

ORGANISATION OF SERVICES FOR MENTAL HEALTH - Mental health policy and service guidance package. WHO, 2003.

PEKARIK, G. - Improvement in clients who have given different reasons for dropping out of treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 39: 909-913, 1983.

PERFIL LOCAL DE SAÚDE - ACES de Famalicão, 2009.

PLANO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL 2007-2015 - Rede Social de Vila Nova de Famalicão, 2007.

PROPOSTA DE PLANO ACÇÃO PARA A REESTRUTURAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL 2007/2016 – Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental em Portugal, 2007.

RENESES, B., MUNOZ, E., LÓPEZ-IBOR, J. J. - Factors predicting drop-out in community mental health centers. *World Psychiatry*, 8: 173-177, 2009.

ROSSI, A., AMADDEO, F., BISOFFI, G., RUGGERI, M., THORNICROFT, G., TANSELLA, M. - Dropping out of care: inappropriate termination of contact with community-based psychiatric services. *British Journal of Psychiatry*, 181: 331-338, 2002.

SIMÕES, J., BARROS, P. P., PEREIRA, J. - A Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde, 2007.

STRATHDEE, G. & THORNICROFT, G. - Community sectors for needs-led mental health services. *Measuring Mental Health Needs*: 140-162, Royal College of Psychiatrists, Gaskell Press, 1992.

TEHRANI, E., KRUSSEL, J., BROG, L. *et al.* - Dropping out of psychiatric treatment: a prospective study of a first admission cohort. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94: 266-271, 1996.

THE ECONOMIST - The future of healthcare in Europe. The Economist Intelligence Unit Limited, 2011.

THE WHO COUNTRY SUMMARY SERIES: PORTUGAL - *Effective and humane mental health treatment and care for all*. Ministry of Health Portugal & Department of Mental Health and Substance Abuse. World Health Organization, Geneva, 2009.

THE WHO WORLD MENTAL HEALTH CONSORTIUM - Prevalence, severity and unmet need for the treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 2004.

THOMSON, S., OUBSTER, T., FIGUERAS, J., KUTZIN, J., PERMANAND, G., BRYNDOVÁ, L. - Addressing financial sustainability in health systems. Policy summary prepared for the Czech European Union Presidency, Ministerial Conference on the Financial Sustainability of Health Systems in Europe. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2009.

THORNICROFT, G. & TANSELLA, M. – Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. Overview of systematic evidence. *British Journal of Psychiatry*, 185: 283-290, 2004.

THORNICROFT, G. & TANSELLA, M. - Growing recognition of the importance of service user involvement in mental health service planning and evaluation. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 14, 1: 1-3, 2005.

THORNICROFT, G. & TANSELLA, M. - The mental health matrix: a pragmatic guide to service improvement, 1999.

THORNICROFT, G., SZMUKLER, G., MUESER, K. T., DRAKE, R. - Oxford Textbook of Community Mental Health, 2011.

WITTCHEN, H. U. *et al.* - The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 21: 655–679, 2011.

YOUNG, A., GRUSKY, O., JORDAN, D. *et al.* - Routine outcome monitoring in a public mental health system: the impact of patients who leave care. *Psychiatric Services*, 51: 85-91, 2000.